

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Historia de la Medicina**



**TESIS DOCTORAL**

**Medio siglo de cirugía española a través de la Real Academia  
Nacional de Medicina (1862-1912)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Miguel Pérez Gallardo**

**Madrid, 2015**

Miguel Pérez Gallardo

TP  
1983  
042



X-53-076714-6

MEDIO SIGLO DE CIRUGIA ESPAÑOLA A TRAVES  
DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 1862-1912

Departamento de Historia de la Medicina  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense de Madrid  
1983



BIBLIOTECA

**Colección Tesis Doctorales. Nº 42/83**

**© Miguel Pérez Gallardo**  
**Edita e imprime la Editorial de la Universidad**  
**Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía**  
**Noviciado, 3 Madrid-8**  
**Madrid, 1983**  
**Xerox 9200 XB 480**  
**Depósito Legal: M-4112-1983**

Miguel Pérez Gallardo

MEDIO SIGLO DE CIRUGIA ESPAÑOLA A TRAVES DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL  
DE MEDICINA. - 1.862-1.912

Director:

D. Agustín Albarracín Teulón

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
Departamento de Historia de la Medicina.  
Facultad de Medicina.

Año 1.980-1.981





DEDICATORIA

A mis queridos padres, modestos maestros  
nacionales quienes lograron despertar en  
mí la inquietud y el placer del estudio.



VI

INDICE DE MATERIA

Páginas

INTRODUCCION.....	XVII
-------------------	------

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

SEMBLANZA HISTORICA DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.....	3
ORIGEN DE LA ACADEMIA Y VICISITUDES EN SU DESARROLLO.....	5
CARACTERISTICAS QUE LA ACADEMIA OFRECE AL HISTORIADOR.....	16
PUBLICACIONES MAS SIGNIFICATIVAS.....	22

CAPITULO II

ENMARQUE HISTORICO DEL PERIODO 1862-1912.....	27
-----------------------------------------------	----

CAPITULO III

CONCEPTO DE ENFERMEDAD SEGUN LAS TEORIAS DE LA EPOCA.....	35
INTRODUCCION.....	37
SISTEMAS FILOSOFICOS FUNDAMENTALES.....	39
LA ENFERMEDAD, CRITERIOS DE INTER- PRETACION.....	41

-Concepto de enfermedad desde el

## VII

punto de vista de sus fenómenos.....	41
-El positivismo y la enfermedad.....	42
-Concepto de enfermedad desde el punto de vista de la fuerza.....	43
-El parasitismo.....	43
-Concepto de enfermedad desde el punto de vista ecléptico.....	44
-Concepto de enfermedad desde el punto de vista pantefista.....	44
-Concepto de enfermedad desde el punto de vista de la filosofía viviente.....	44

## CAPITULO IV

DESARROLLO DE LA CIRUGIA SEGUN NUESTROS ACADEMICOS.....	49
INTRODUCCION.....	51
LA ANATOMIA NORMAL Y PATOLOGICA EN EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA.....	53
INFLUENCIA DE LAS DEMAS CIENCIAS SOBRE LA CIRUGIA.....	54
LOS PROGRESOS ANATOMOFISIOLOGICOS Y LA CIRUGIA.....	57
LA CIRUGIA ACTIVA Y LA CIRUGIA ESPECULATIVA.....	59
EL METODO EXPERIMENTAL, LA ANESTESIA, LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA Y SU INFLUENCIA DECISIVA EN LA CIRUGIA.....	60

## VIII

APORTACION ESPAÑOLA A LA CIRUGIA.....	62
SISTEMATICA A SEGUIR EN LA EXPOSICION DE LOS HALLAZGOS INVESTIGADOS DURANTE 1862 - 1912.....	69

## CAPITULO V

LAS HERIDAS EN CIRUGIA.....	74
INTRODUCCION.....	76
HISTORIA DE LA TERAPEUTICA DE LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO.....	77
LAS LESIONES SEGUN EL TIPO DE PRO- YECTILES.....	80
MANIOBRAS PARA LA EXTRACCION DE PROYECTILES.....	32
LA EXPERIENCIA EN LAS HERIDAS DE GUERRA EN LA CAMPAÑA DE AFRICA.....	33
PROYECTILES EXPLOSIVOS EMPLEADOS POR LOS REBELDES DE CUBA.....	35
LAS HERIDAS Y SUS COMPLICACIONES COMO TRAUMATISMO, LA INFLAMACION Y LA SUPURACION.....	86
LAS CURAS TARDIAS DE LAS HERIDAS.....	88
EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS PRO- CEDENTES DE LAS OPERACIONES.....	89

## IX

### CAPITULO VI

LA TEORIA PARASITARIA, LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA.....	97
LOS AGENTES VIVOS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD.....	99
TEORIAS PARA EXPLICAR SU MECANISMO DE ACTUACION.....	102
EL PARASITISMO FRENTE AL VITALISMO.....	105
LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA COMO CON SECUENCIAS AFORTUNADAS DE LA TEORIA PARASITARIA. VICISITUDES EN SU INS- TAURACION.....	107

### CAPITULO VII

LA ANESTESIA, LOS SUEROS y LAS TRANSFU- SIONES.....	117
LA ANESTESIA GENERAL.....	118
LA ANESTESIA LOCAL.....	122
EL COLAPSO OPERATORIO.....	125
SUEROS ARTIFICIALES.....	127
TRANSFUSIONES DE SANGRE.....	129

### CAPITULO VIII

TUMORES MALIGNOS.....	138
GENERALIDADES.....	140

# X

EL EPITELIOMA.....	143
-Concepto.....	143
-Clínica e histología.....	144
-Naturaleza y etiología.....	145
-Tratamiento.....	145
EL CANCER.....	148
-Definición.....	148
-Formas clínicas.....	149
-Leyes que rigen la malignidad de las neoplasias.....	149
-La extirpación en el trata- miento del cáncer.....	152
-La reproducción del cáncer.....	155
-La linfadenectomía sistemática en el tratamiento del cáncer.....	157

## SEGUNDA PARTE

### CAPITULO I

CIRUGIA DE LAS CARNES.....	162
INTRODUCCION.....	165
CIRUGIA DE LA CARA Y CUELLO.....	166
-Cirugía ocular.....	166
-Queiloplastia.....	169
-Estafilorrafia y uranoplastia.....	170
-Rinoplastia.....	171
-Extirpación de la parótida.....	171



## XI

-Glosectomía.....	172
-Extirpación de la laringe.....	172
-Cirugía del bocio.....	175
RESECCION DE MAMA.....	178
CIRUGIA VASCULAR.....	180
-Ligaduras arteriales.....	180
-Aneurismas arteriales.....	181
CIRUGIA UROLOGICA.....	185
-Prolongación congénita del prepucio.....	185
-Extracción de cálculos vesicales. Tallas, litotricia y litoplaxia.....	186
-Infiltraciones y abscesos uretra- les. Uretrotomías.....	190
-Operaciones plásticas. Epispadia hipospadia y cáncer de genitales.....	191
-Cirugía del hidrocele.....	192
-Nefrostomía y nefrectomía.....	192
CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA.....	194
-Introducción.....	194
-Fístulas vesico-vaginales y recto-vulvares.....	195
-Legrados, lavados y cateterismos uterinos. Infección puerperal.....	195
-El problema de la placenta previa	196

## XII

Parto forzado.....	196
Tratamiento quirúrgico de las hernias.....	199

## CAPITULO II

CIRUGIA DE LOS HUESOS.....	220
INTRODUCCION.....	222
RESUMEN HISTORICO.....	223
LAS RESECCIONES OSEAS SEGUN LOS CIRUJANOS ESPAÑOLES.....	223
LAS TECNICAS DE OSTEOTOMIAS Y OSTEOTOMIAS.....	227
LAS RESECCIONES DE LOS MAXILARES.....	228
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES.....	229
AMPUTACIONES OSTEOPLASTICAS.....	231
MÁNIOMBAS INCRUENTAS EN LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR.....	232

## CAPITULO III

LA CIRUGIA DE LAS CAVIDADES.....	241
<u>Apartado 1º</u>	
LA CIRUGIA ABDOMINAL.....	244
-Laparatomía.....	244
-Cirugía hepatobiliar.....	252
-Cirugía pancreática.....	257
-Cirugía del bazo.....	258
-Cirugía intestinal. Apendicitis.....	260
-Cirugía gastroduodenal.....	272
-Cirugía tocoginecológica y transperitoneal.....	279

### XIII

#### Apartado 2º

LA CIRUGIA TORACICA.....	299
-Introducción histórica.....	300
-Punción pleural.....	301
-La pleurotomía.....	302
-El empiema crónico.....	302
-La cirugía pulmonar.....	306
-Cirugía traqueo-bronquial	
Traqueostomía e intubación traqueal.....	309
Cuerpos extraños traqueobron quiales.....	311
Tumores de traquea.....	313
-Cirugía esofágica	
Esofagotomía. Cuerpos extraños en el esófago.....	313
Dilataciones en las estenosis esofágicas.....	314
Esofagoscopia.....	314
-Hidatidosis torácica.....	314

#### Apartado 3º

LA CIRUGIA CRANEAL.....	327
-Resumen histórico de la cirugía craneal en España.....	328
-La cirugía craneal en la in- vestigación de las funciones cerebrales. Localizaciones - cerebrales.....	333
-Indicaciones de la craniecto mía en los traumatismos.....	334

#### XIV

craneo-encefálicos.....	334
-La craniectomía en la epilepsia, en las enfermedades mentales, sífilis y tuberculosis cerebral.....	336
-La craniectomía en tumores del encéfalo.....	338
-Resecciones nerviosas intracraneales. Tratamiento de las neuralgias.....	339
-La trepanación exploradora.....	340

#### CAPITULO IV

MATERIAL BIBLIOGRAFICO.....	349
-----------------------------	-----

#### CAPITULO V

CONCLUSIONES.....	359
-------------------	-----



## INTRODUCCION

## XVII

Profesional de la cirugía desde hace más de veinte años, he arrastrado durante muchos de ellos la inquietud de buscar las propias raíces de mi especialidad en la patria que me vió nacer, y hacerlo precisamente investigando yo mismo, es decir, con una información de primera mano, obtenida de una fuente solvente. Tal vez, esta inquietud ha sido provocada por la observación a lo largo de mis años de estudio, de la escasa ponderación con que en -- nuestros libros aparece la valiosa aportación de los cirujanos que nos precedieron. Es por ello por lo que tratamos en esta tesis de sacar a la luz cirujanos y acontecimientos, muchos de ellos inéditos, pero que alcanzan el suficiente esplendor como para sentirnos orgullosos de nuestros antepasados. Por tanto, deseamos, muy de veras, que esta tesis constituya un pequeño homenaje que, humildemente, les queramos ofrecer.

Con objeto de resolver tal inquietud, me propuse elaborar mi Tesis Doctoral con tal orientación. A pesar de mis buenos deseos, mi inexperience en la investigación histórica hacía necesario encontrar una personalidad solvente que me llevase de la mano, enseñándome las normativas adecuadas -- en estas formas de investigación.

La suerte me hizo entrar en contacto con el Profesor Albarracín Taulón, Director del Instituto Arnau de Vilanova del C.S.I.C. y miembro del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Madrid de la Universidad Complutense, sin cuya inestimable dirección, nunca hubiese podido lograr mi deseo. Por ello, quiero poner en destacado lugar mi más profundo agradecimiento al mencionado Profesor.

Elegido el tema, y bajo el título "Medio siglo de Cirugía

## XVIII

Española a través de la Real Academia de Medicina" (1862-1912), creímos que debíamos buscar una fuente fiable de datos que, naturalmente, encontramos en la Real Academia, tesoro inigualable para el historiador.

Altas personalidades científicas fueron siempre los Académicos de la Corporación que, en la época a que hacemos referencia en nuestra tesis, constituía el centro de mayor nivel científico de la nación, y por lo que, habitualmente, era incluso el Organismo consultor del Estado, en materias sanitarias.

Si en principio escasearon los Académicos cirujanos, a partir de la segunda mitad del siglo pasado, el aumento de los miembros que practicaban este sector del arte de curar y que lo hacía por procedimientos cruentos, fue progresivamente creciendo. De esta forma, en las sesiones literarias aumentaron notablemente las de índole quirúrgica. Los debates, las memorias, y los discursos; tanto presidenciales como para la recepción pública, también se enriquecieron con la aportación de los nuevos académicos cirujanos. En este nuevo aspecto de la Academia, existe indudablemente una impronta imborrable de estos académicos antecesores, muchos de ellos injustamente poco conocidos, circunstancias todas ellas que son las que precisamente tratamos de recoger y sacar a la luz, por lo cual quedarán cubiertas mis inquietudes inicialmente señaladas. La orfandad profesional habrá desaparecido de esta forma, pues personalmente habré encontrado mis propias raíces en el suelo patrio, sin que nadie haya tenido que contármelas.

Fortuna también para mí fue el encontrar en la Real Academia de Medicina, una pieza clave, tal como un bibliotecario, D. Pedro Rocha Landa que, unido a su amable trato, conoce como nadie todos los lugares más recónditos de la Academia donde se puede investigar. Vaya en estas palabras mi más sincero agradecimiento.

El arduo trabajo mecánico y poco lucido que conlleva una tesis ha estado a cargo de mi querido hijo Juanito; por tanto, no puedo silenciar la ayuda eficaz que me ha prestado.



## XIX

Con estas magníficas colaboraciones, y los ya ponderados recursos disponibles, hemos sistematizado nuestra tesis en dos partes.

En la primera de ellas, y en su primer capítulo, hemos creído necesario efectuar una breve semblanza histórica de la Real Academia de Medicina, haciendo hincapié en las características que dicha Corporación ofrece al historiador.

Un segundo capítulo, estará dedicado a encuadrar el periodo objetivo de nuestra investigación en el contexto socio-político de la época (1862-1912).

Malamente podríamos interpretar el desarrollo de la terapéutica quirúrgica sin antes recoger el concepto de enfermedad y las muy numerosas, y con frecuencia confusas, teorías reinantes en aquellos años. Por ello, hemos dedicado el capítulo tercero a tal fin.

El cuarto capítulo nos introduce de lleno, pero de una manera general, en el desarrollo histórico de la cirugía según la visión de nuestros Académicos, y muy especialmente, en lo que se refiere a la aportación española.

En un quinto capítulo, tratamos las heridas en cirugía, interpretando que por ser en unos casos objetivo de la terapéutica quirúrgica, y en todos los demás casos vía de abordaje necesaria para la totalidad de las maniobras del cirujano, deberán con justicia incluirse entre los capítulos de la primera parte de esta tesis.

La teoría parasitaria y sus orígenes, la asepsia y la antisepsia, fundamentos de la creación de una nueva concepción de la cirugía, se han tratado en el capítulo sexto.

También, en esta primera parte, hemos creído oportuno --

estudiar la anestesia, los sueros y las transfusiones como trípode que hará posible, una vez desarrollado, la consecución de la cirugía moderna. Por todo -- ello, les dedicaremos el capítulo séptimo.

Esta primera parte, queda cerrada con el capítulo octavo en que trataremos de los tumores malignos en cuanto a generalidades, tales como pueden ser el concepto de los mismos, las leyes que rigen su malignidad, las -- primitivas teorías patogénicas de la época, el problema de la reproducción etc.

La segunda parte, o parte especial, estará integrada por tres capítulos esenciales. El primero de ellos, se refiere a la cirugía de las carnes, el segundo a la cirugía de los huesos, y el tercero a la cirugía de las cavidades.

La extensión de este importante capítulo, hace aconsejable, subdividirlo en tres apartados netamente diferentes, donde se estudiará, sucesivamente, la cirugía abdominal, la cirugía torácica y la cirugía craneal.

Dos capítulos más completarán esta segunda parte. Un cuarto, que recogerá ordenadamente todo el material bibliográfico utilizado, y un -- quinto y último capítulo que pretenderá expresar unas conclusiones finales de -- nuestro trabajo, lo más objetivamente posible.



I

PRIMERA PARTE



C A P I T U L O - I

SEMBLANZA HISTORICA DE LA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ORIGENES DE LA ACADEMIA Y  
VICISITUDES EN SU DESARROLLO

CARECTERISTICAS QUE LA ACADEMIA  
OFRECE AL HISTORIADOR

PUBLICACIONES MAS SIGNIFICATIVAS

#### ORIGENES DE LA ACADEMIA Y VICISITUDES EN SU DESARROLLO.-

La importancia de las fuentes origen de nuestra investigación es, sin duda alguna, indiscutible. En nuestro caso particular, por ser la única, adquirirá una dimensión especial, siendo justo por lo dicho hacer -- una breve historia de esta Institución, hecho lo cual, comprobaremos lo adecuado de la elección.

ESPINA Y CAPO (1) con motivo de la conmemoración, por -- parte de la Academia de su 219 aniversario, y en la solemne sesión inaugural -- de 1912, dijo que la Real Academia de Medicina había tenido un origen remoto -- en 1693, en la Academia Espagírica, siguiendo en 1697 bajo el nombre de Conferencia de Literatura Médica, y fundiéndose con carácter académico en 1732, en el reinado de Felipe V, con la Academia de Medicina de Sevilla. En dicha fecha, varios médicos, cirujanos y boticarios, de los más instruidos de Madrid, venían reuniéndose en la librería de D. JOSEPH ORTEGA, para conferenciar diariamente sobre los puntos más convenientes para el aumento de conocimientos, y sobre los medios para promover en España los progresos de las tres profesiones.

Con el objeto de lograr el más formal desempeño de su de signio, sigue ESPINA Y CAPO diciendo, confeccionaron los Estatutos de la que -- llamaron Tertulia Literaria Médica, siendo erigida, como hemos visto, en Acade mia, intitulándose Academia Médica Matritense, y proponiéndose entre otros ob- jetos, la enseñanza de la Anatomía, hasta entonces minimizada a doce lecciones y la de las Operaciones de Cirugía. La nueva fundación llevaría la ambición de imitar a las Academias ya establecidas en las cortes más cultas de Europa.

Fue consolidada por el Rey D. Felipe V, por Real Cédula expedida el 13 de septiembre de 1734, y por la cual eran aprobados los Estatutos, eligiendo como primer Presidente al médico italiano D. JOSE CERVI, del -- Consejo de S.M., cuyo cargo conservó hasta su muerte, acaecida en 1748.

En el mismo discurso, ya mencionado, ESPINA Y CAPO reco rrió que fechas muy gloriosas habían surgido ya en ese 1734 destacando entre ellas



aquella en la que el Obispo de Barcelona, gobernador del Consejo, decretó que la Tertulia Literaria Médica se reuniese en el Anfiteatro Anatómico del Hospital General de Madrid en los días en que los catedráticos no lo ocupasen.

Gracias al Tomo I de las Memorias de la Academia, que sa lió impreso en 1797, tenemos muy abundantes datos históricos para poder seguir el desarrollo e incidentes de la Corporación. Por todo ello, en lo sucesivo ha remos frecuentes alusiones a dicha Memoria.

Se dice en el citado Tomo I de la publicación de la Real Academia de Medicina de Madrid (2), que el 15 de julio de 1738, se dignó S.M. admitir bajo su Real y Soberana Protección la Regia Academia Médica Matritense y concedió licencia para usar sello particular y para poder nombrar impresor, que exclusivamente lo hiciera de las obras de la Academia.

Las reuniones tenían lugar aún en la casa librería que - había servido de cuna, ya que todavía no tenía domicilio propio. En estas reuniones, cada concurrente comunicaba las noticias que había adquirido de los -- descubrimientos y adelantos que se hacían, no solo en Medicina, Cirugía y Farmacia, sino también en la Química, la Física, la Botánica y demás Ciencias Naturales.

Se relata en esa misma Memoria que el crédito de la Academia se extendió rápidamente entre propios y extraños. El padre BENITO GERONIMO FELJOO se creyó obligado a difundir la noticia, y así lo hace, con expresión muy honrosa, en el Tomo 7º de su Teatro Crítico. Asimismo, en las Memorias de - TREVOUX, se hizo honorífica mención, dando una breve noticias de su fundación y de sus útiles ocupaciones. Por otra parte, el mencionado primer presidente perpetuo, D. JOSE CERVI, fue nombrado miembro de honor de la Real Sociedad de Londres, y la Real Academia de Ciencias de Paris le concedió el honor de que fuera uno de sus ocho pensionistas extranjeros, ocupando la vacante del célebre HERMANN BOERHAAVE.

La declaración de la guerra que sobrevino con la Casa de

Austria en 1740, al paso que añadió nuevos estorbos a la dotación de la Academia Médica, que hubiera acabado de consolidarse y de asegurar la continuación, aumentó la publicación de sus trabajos. No obstante, acarreó nueva gloria y no poca satisfacción al ver salir de su seno a todos los jefes de los tres ramos de la Facultad, que habían de servir en el Ejército, así como había visto desde su fundación recaer constantemente en sus miembros las vacantes que habían ocurrido en plazas de la Casa Real y otras comisiones de mayor importancia.

Prosiguiendo con el mencionado Tomo I de las Memorias, en contramos que en 1742 se acordaron algunas variaciones y adiciones que convenía hacer en los Estatutos, derogando para el más pacífico gobierno de la Academia, ciertas preferencias personales, siempre odiosas, dejando a ésta en libertad de admitir o no, por votos secretos, a los Médicos de Cámara que solicitasen su in corporación en ella. Se estableció asimismo que, además de los Profesores de Me dicina, Cirugía y Farmacia, se compusiese también la Academia de Profesores de Física.

Una de las mayores ventajas que poco después sacó la Academia de la misma guerra, fue sin duda la adquisición de nuevos Profesores muy prácticos en el arte de curar que, fijando su residencia en Madrid, con motivo de la paz y vueltos de la campaña, aumentaron si no la actividad, al menos, el número de hábiles operarios de la Academia.

Con la elevación al trono de España y de las Indias del - Rey D. Fernando VI, no se resolvió el problema económico, ya que la Academia Mé dica tenía que suplir del fondo de la liberalidad de su secretario, y demás Aca démicos, los gastos indispensables para sus concurrencias y experimentos y, aun que se renovaron las esperanzas de ser dotada, quedaron también frustradas.

A la muerte del secretario de la Academia D. JOSEPH ORTEGA, acaecida en 1761, se añadió otro incidente con interrupción por algunos -- años de las juntas. El nombramiento, por orden del Rey, como Vicepresidente per petuo de D. ANDRES PIQUER, en lugar del Presidente anual que la Academia elegía libremente a principios de cada año, entibió visiblemente el ardor de los Acadé

micos, a pesar de que dicho médico era considerado como muy instruido y digno, disminuyendo la concurrencia a las juntas que, por último, se suspendieron enteramente.

El traslado del Rey Carlos III del trono de Nápoles al de España, avivó la confianza, al ver prosperar desde el principio de su reinado a la Academia, tan útil y tan digna de la protección de un Rey que había, - justamente adquirido el renombre de Sabio. Se renovaron las juntas y se cubrió la plaza de Secretario Perpetuo, que dejara D. JOSEPH ORTEGA en 1761, por DON ANTONIO HERRERO, reintegrándose los pensionados que habían regresado de París de perfeccionarse en las varias ramas de la profesión.

A la muerte del Dr. PIQUER en el año 1772 recobró la Academia su derecho a elegir, a pluralidad de votos libres, su Presidente anual o Vicepresidente. Las reuniones se tenían, por lo regular, en casa de cada Vicepresidente.

Desde entonces la Academia continuó sus tareas, pero varias veces estuvo en situación de letargo, que amenazara suspender, varias veces más, sus funciones al verse frustrados todos sus conatos y pretensiones de auxilios necesarios para su sólida subsistencia. Sin embargo, hemos de añadir que, gracias a sus más celosos miembros, nunca se volvieron a interrumpir sus juntas, compuestas a veces de cortísimo número de concurrentes, cuyo celo bastó para sostener la vitalidad de este cuerpo, conservado para recibir toda su fuerza y vigor del patrocinio de su soberano.

La Academia, ilusionada por las señales de protección que daba su monarca, presentó al Rey el Manuscrito de las Memorias o Disertaciones que, impresas con licencia y a expensas de S.M., fueron publicadas, constituyendo un hito histórico importante la salida a la luz del Tomo Primero, editado en Madrid en la Imprenta Real el año 1797, siendo la prueba exterior más manifiesta de la utilidad e importancia de la Academia. En este tomo, y bajo el título de "Noticia Histórica del Origen, Progresos y Estado Actual de la Real Academia de Madrid", encontramos los datos históricos a que hemos aludido, pero también

hemos hallado en ella el plan de las ocupaciones en las que debía emplearse dicha corporación por aquel entonces.

Desde sus inicios, el fin primordial de la Academia fue el adelantamiento de la Medicina en todas sus partes, por medio de la experiencia y la razón y aprovechándose de las muchas y grandes utilidades que le proporcionan las matemáticas, la astronomía, mecánica, hidráulica, física experimental, química, botánica y demás ramas de la Historia Natural.

Sus ocupaciones fueron, según la Memoria referida:

- 1°.- La Historia Natural y Médica comprendiendo la descripción topográfica de los diferentes lugares.
- 2°.- Enfermedades endémicas y epidémicas.
- 3°.- Educación de la juventud que hubiese de dedicarse a la medicina y ciencias naturales.
- 4°.- Bibliografía médica, quirúrgica, farmacéutica y de ciencias naturales.
- 5°.- Nomenclatura.
- 6°.- Censura de las obras médicas y de las demás ciencias que abraza la Academia.
- 7°.- Medicina forense.
- 8°.- Dirección de la construcción y situación de los Hospitales civiles, militares y de la marina.
- 9°.- Resolución de los problemas de la inoculación de la viruela, del contagio de la tisis, de las enfermedades reputadas por incurables.
- 10°.- Policía médica para atajar la viruela, mal venéreo,

peste, etc.

11°- El modo de destruir la anarquía médica, quirúrgica y farmacéutica, desterrando toda clase de charlatanes y curanderos.

12°- Averiguar la falsificación de drogas y examen de los específicos y remedios nuevos.

La continuación de la semblanza histórica, a partir de aquí, la obtenemos de los datos expuestos en la "introducción", del tantas veces esperado Tomo II de las Memorias publicado en 1862 donde se nos cuenta que no bien dado a la luz el Primer Tomo de las Memorias, se empezó ya la preparación del segundo, que debía seguirle próximamente. Más la Nación entera se hallaba entonces en un periodo de decadencia, resistiéndose en primera línea todo lo perteneciente al estudio científico, cuyas obras necesitan una quietud y un desahogo más adecuado en épocas bonancibles.

La Nación mal administrada, agobiada además por acontecimientos adversos, iba decayendo visiblemente. La Academia fiel trasunto de la situación patria, empezó a languidecer apenas llegaba con sus publicaciones a la altura respetable de otras corporaciones análogas, así españolas como ex - tranjeras, pero sin embargo, no por eso dejó de funcionar la corporación.

La publicación del Tomo Segundo, hecho que le hubiese da do regularidad a estas divulgaciones de sus actividades, estaba ya preparada - desde el 11 de enero de 1799. Como quiera que no había recursos para hacer la impresión, ésta se fue demorando de día en día, encontrándose la dificultad pa ra la impresión, en la falta de recursos.

En 1807 ya estaban preparados además del tomo segundo, - otro tercero, y es entonces cuando se consiguió del gobierno que suministrase 20.000 rs para su impresión; pero surgió una nueva dificultad. Era preciso que las Memorias sufriesen dos censuras, una religiosa y otra facultativa hecha por los médicos particulares que designara la superioridad. El hecho de obligar a - la Academia a someterse al juicio de extraños y menos competentes, disgustó de

tal forma, que aplazó indefinidamente la publicación que tenía preparada.

Prosiguiendo con la introducción del Tomo II de las Memorias, comprobamos se dice también que en 1808 empezó una época más aciaga para esta Sociedad. El patriotismo de sus individuos les obligó a desatender, en -- parte, el estudio científico para absorberse en la política, así como, dominada la capital por fuerzas extranjeras, muchos de los académicos fueron perseguidos y encarcelados. Sin embargo, la Academia no abandonó totalmente sus ocupaciones y acomodándose, en virtud de su carácter científico, a las exigencias de los -- tiempos, se asoció los más insignes profesores franceses que residieron en Madrid, entre ellos, el célebre LARREY y SUE.

Restaurada la dinastía legítima en 1813, la postración -- llegó a colmo habiéndose pasado los años 1814 y 1815 sin que la Corporación celebrase más que una sola junta al principio del bienio. La suspicacia inquisi -- cional del nuevo régimen inició un periodo de tinieblas y la ciencia se redujo al silencio.

En las actas del año 1818, y según el mencionado Tomo II, se presentó por primera vez en España la idea de un periodico médico. Los señores LORENZO SANCHEZ NUÑEZ y JOSE PASSAMAN acudieron a la Sociedad pidiéndole -- que amparase dicha idea de una publicación periodica, para cuya ejecución se -- les había negado, por parte del gobierno, el permiso correspondiente. La Corporación, después de un atento examen, no se atrevió a tomar sobre sí este asunto. Sin la recelosa presión ejercida en aquella época sobre la propagación de las -- ciencias, el periodismo médico se hubiese anticipado en España algunos años.

En fin, en 1819 fue declarado el Infante D. Carlos protector de la Academia, y bajo sus auspicios, volvieron a celebrarse las sesiones. La ocupación fundamental de la Corporación, entonces, sería el estudio de la -- epidemia de fiebre amarilla que reinó en Cádiz, Sevilla y otros puntos.

Sin embargo, aún tenían que pasar acontecimientos calamitosos para la Academia, tales como el cierre de la Corporación en 1824, por Real orden y la obligación de que fuesen purificados sus socios, es decir, que se so-

metieran al juicio establecido para todos los empleados civiles y se sincerasen con notas de afectos al sistema constitucional.

Cuatro años más tarde, en 1828, volvieron a abrirse, por otra Real Orden, las sesiones de la Academia con los mismos socios que existían en 1820, siendo el Infante D. Carlos declarado protector, y reanudándose las tareas académicas. Una de las principales tareas fue la censura de las obras de la medicina escritas en castellano y en idioma extranjero; no podían imprimirse las primeras, ni introducirse las segundas por las aduanas, sin que se probara que no contenían cosa alguna contraria al dogma, a las buenas costumbres y a -- las reglas de S.M., extendiéndose también, frecuentemente, la censura a las doctrinas, y solo se dejaba pasar lo que cuadraba bien con las ideas de los censores.

La Corporación, evidentemente, estaba decaída, y se necesitaba una reforma, adelantándose ésta por orden de S.M. a instancias y por indicación de la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, celebrando el 31 de diciembre de 1830 su última sesión, quedando planteada definitivamente la reforma para el año siguiente.

El 15 de enero de 1831, por Real Cédula, fue incluida la Corporación en el plan general de Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, que creó distritos académicos y asignó a la de Madrid el de las provincias correspondientes a Castilla la Nueva.

Por acuerdo de la Junta Superior, fueron jubilados todos los socios que no eran médicos o cirujanos y se dió entrada a los catedráticos de la Escuela de Madrid, y se estableció, asimismo, el orden de antigüedad de los académicos según los títulos que cada uno tuviera para ejercer la profesión. La Academia probablemente ya no hubiera dejado de dar resultados científicos de alguna importancia, si las conmociones públicas, si la terrible guerra civil -- que se encendió, no hubieran venido a paralizar los mejores deseos, frustrando las esperanzas que se habían concebido.

Venció, por fin, en la guerra civil el régimen de liber-

tad sobre las instituciones que habían precedido a la reforma vigente de la -- Academia y se la otorgó un presupuesto y hasta un local del que, desgraciada -- mente, se la privó pronto por haberse necesitado para otros usos.

Finalmente, el 28 de abril de 1861, se varió por un Real Decreto, y a instancias de la misma Academia, el Reglamento que la regía; se -- la elevó a la altura de Corporación del Estado, y se le asignó un presupuesto suficiente, entrando este cuerpo en un nuevo periodo de actividad. A partir de dicho Decreto vuelve la Academia a su organización propia y a tener la potestad nuevamente de elegir a su Presidente, cosa que desde 1840 no era así, ya que -- era Presidente nato el Gobernador Civil de la Provincia, conviniendo advertir, no obstante, que estos presidentes natos no presidieron ni una sola sesión.

Tiempo era ya de que se procediera a continuar los tomos de sus Memorias. Para ello, acordó dividirlos en dos series; una comprensiva -- de los discursos inaugurales, los de recepción, y demás que acordase la Acade -- mia; y otra destinada a las memorias premiadas en los certámenes anuales. A la primera serie pertenece este tomo segundo aludido de las Memorias de la Acade -- mia, editado en 1862, acontecimiento que marca una continuidad impresa futura de inigualable valor para el historiador.

El mencionado Real Decreto de 28 de abril de 1861, des -- pués de oídos los Consejos de Sanidad y de Estado, aprobó un nuevo reglamento de este cuerpo científico. NIETO SERRANO (4), en su discurso, resumen de las -- tareas de 1861 en la Real Academia de Medicina de Madrid, pronunciado en el so -- lemne acto de inauguración del año 1862, describió los acontecimientos sucedi -- dos en el año anterior con las siguientes palabras:

..."Ante todo, debe hacerse cargo del hecho culminante ocurrido en abril de -- 1862, por el cual ha quedado reformada esta Corporación de un modo correspon -- diente a los importantes objetos que debe satisfacer, y que la sabiduría del -- Gobierno de S.M. ha apreciado dignamente, dando por resultado el Real Decreto por el cual fue aprobado el Reglamento que rige en la actualidad a la Acade -- mia"...



Con este reglamento, han venido a representarse en la -- Corporación las diversas ramas de las ciencias médicas, cuyo recurso y cooperación, no puede menos que refluir en su ventaja recíproca, así como asegurar la más ilustre solución de las diversas cuestiones que se proponen al cuerpo científico.

Sigue NIETO SERRANO diciendo que:

..."los diferentes objetos que debe llenar la Academia han sido atendidos con ilustrada previsión. Se han sentado las bases de un sistema de fomento científico, en el cual a la iniciativa del Gobierno es de esperar que correspondan -- las personas distinguidas, amantes del saber y entusiastas por las glorias de la patria. La fundación de premios de periódicos, que tanto puede contribuir, y contribuye efectivamente en otros países, a estimular los progresos científicos, iniciada ya por esta Academia, adquirirá mayor desenvolvimiento a medida que crezcan los recursos con que puede contar, y es de esperar que sea se -- cundada por personas ilustres que consagren a este importante objeto una pequeña parte de su fortuna..."

En el mismo discurso, NIETO SERRANO, se expresaba con las siguientes palabras:

..."Otro de los fines de la Academia que pueden ahora desempeñar con más actividad y desembarazo, es el examen y juicio crítico de las doctrinas, la apreciación imparcial de las novedades que se presentan, la sanción acordada a todo lo que demuestre su validez. Las Academias si no proceden siempre en esta -- tarea con la celeridad destructiva que desearían los entusiastas promotores de nuevas ideas, tienen en cambio la ventaja de conservar las tradiciones, de -- sostener los sanos principios contra el embate de aventuradas teorías, de oponer siempre la fría reflexión y el examen imparcial a las exageraciones sistemáticas, impulsadas por el vértigo de la pasión, caducas y perecederas como el móvil de que proceden...Tributemos pues al Gobierno el elogio que merece por -- una medida que, aunque al parecer no de gran importancia administrativa, es en realidad de sumo interés para el bien público..."

se recogen resumidamente los decretos más significativos hasta nuestros días. De esta forma, se dice ahí que en 1876 se aprobaron nuevos estatutos según los cuales la Corporación constaba de 46 académicos de número, domiciliados en Madrid, y formando su reglamento interior, empezó a regir el uno de enero de -- 1878, época en que se acuñaron medallas numeradas que fueron distribuidas por orden de antigüedad.

Hubo sucesivos cambios de Estatutos en enero de 1917, en 1932 y en 1941, en los que se denominaba a la Corporación Real Academia de Medicina, y en 1954, en que se volvió a denominar Real Academia Nacional de Medicina, y cuyo estatuto señala que la Corporación constará de 40 académicos de - número. El 7 de noviembre de 1967 se aprueban los Estatutos que son los que, - en la actualidad, rigen la Corporación.

Finalmente, y por Real Decreto de 17 de abril de 1979, - se dispone que el Instituto de España y las Reales Academias que lo integran, así como las demás Academias y Corporaciones con funciones análogas, que con anterioridad dependían del Ministerio de Educación y Ciencia, quedaran adscritas al Ministerio de Universidades e Investigación, sin alteración de su régimen legal respectivo.

#### CARACTERISTICAS QUE LA ACADEMIA OFRECE AL HISTORIADOR.-

Una serie de cualidades adornan la actividad y publicaciones de la Academia, que es preciso describir pues quiera que no impregnarán nuestra tesis, al mismo tiempo que al conocerlas creemos quedará justificada nuestra elección como fuente única de este trabajo.

En primer lugar, hemos de destacar el elemento humano, - componente de la Corporación, constituida siempre por personalidades que, uniéndose a una larga práctica, con buenas teorías, se habían distinguido en la enseñanza en los hospitales, en el ejercicio civil, y militar del arte, que comprendían, sin duda, toda la gravedad de su misión como representantes de la ciencia médica en su integridad, en su unidad, de mejorar lo antiguo sin destruirlo, de depurar lo nuevo sin despreciarlo ni condenarlo, salvo en aquellos puntos que - aparecieran claramente inadmisibles a la luz de la razón y respecto de los cuales, sería censurable la aquiescencia ya que redundaría en detrimento de la ciencia y por tanto de la humanidad.

Muchos de los académicos de nuestro periodo, arrastraban un intenso tradicionalismo, aferrados al vitalismo y al hipocratismo más, a pesar de ello, había ya penetrado en la corporación el virus del pensamiento libre. ESPINA CAPO, en su discurso inaugural pronunciado el año en que cerramos nuestra investigación (1912), expresaba felizmente este anhelo de independencia con las siguientes palabras:

..."Coincide mi trabajo con el centenario de la gloriosa Revolución Española, que inició el feliz periodo de las libertades públicas, si a veces oscurecidas nunca por fortuna desaparecido por completo, y en el que también, como era natural, se operó una verdadera regeneración en el aspecto científico, no solo de nuestra Nación, sino de todo el mundo que merced a los vientos y al espíritu de la Revolución Francesa, al declarar los derechos del hombre, dejó la conciencia libre, y con el libre examen, pudo el espíritu humano amplificar su expansión y convertir las ciencias en las que hoy vemos, por fortuna, si no construidas por lo menos en desembarazado y amplio camino para seguir recorriendo el trazado por el siglo cuya obra festeja toda España..."

El espíritu de los académicos impuso ya en esta época a la Corporación, la misión de esclarecimiento de las cuestiones prácticas, por la vía experimental, pero su tradición hacía, también, que nunca se desechase la filosofía de la ciencia. La Academia con su voto imparcial sancionaba el valor de las novedades propuestas, moderando el ímpetu renovador que agita los ánimos, pero sin destruir su vivificante influjo, siendo en las cuestiones que examinaba un guía seguro para los prácticos, que podrían, sin su auxilio, ser presa de incertidumbre o incluso caer impremeditadamente en graves errores. Es decir, como señaló NIETO SERRANO (6) en su discurso de 1881, la Academia siempre había tenido tendencia a establecer en el terreno científico un criterio prudente, apartado de todo linaje de exageraciones. Sin embargo, hay que señalar que las discusiones eran impregnadas por el vitalismo, pero bien entendidas, un vitalismo que no se concentraba en una idea fija y estéril, sino que se esplaya y manifiesta a la materia en realización, y que sostuvo una dura lucha con el materialismo. Por otra parte, tampoco la Academia permanecía aislada en el concierto de la ciencia universal; sus académicos, con frecuencia, daban noticia de las principales novedades médicas ocurridas en los últimos congresos científicos y a medida que se establecieran y frecuentaran las vías de comunicación, se multiplicaron estas citas, recibiendo con agrado la Corporación todo lo que se le presentaba, con carácter de novedad, reservándose, naturalmente, el juicio que cada punto el tiempo y las circunstancias le aconsejan.

IGLESIAS Y DIAZ (7) trató de destacar, también, este carácter en su discurso pronunciado en 1908 donde destacó que la Academia aspira ba siempre a reflejar el estado presente de las ciencias médicas siguiendo su progreso, identificándose con los observadores e investigadores, informándose de todos los adelantos que han aparecido en nuestro campo y fijando, especialmente, la atención en las Asambleas donde concurrían con el fruto de su noble actividad los sabios de todos los países.

También, hemos observado que era característico en la Academia que, ante cualquier debate científico, por limitado y circunscrito que pareciese, llevaba muy pronto a las consideraciones más elevadas, y al parecer más extrañas, al punto concreto sometido a discusión, o ante un caso concreto, también se pasaba al análisis elevado como podía ser, por ejemplo, el

análisis de lo científico o artístico en el estudio de la cirugía o de la experiencia y el empirismo enfrente de la luz radiante de las nuevas investigaciones.

Otra de sus características, también común a otras Instituciones análogas, es su inmortalidad, su continuismo y la variedad de sus sucesos, la existencia siempre de nuevos horizontes. NIETO SERRANO en 1895 y en otro discurso, con bellas palabras, nos dejó el pensamiento siguiente:

..."La vida de las Academias es inmortal relativamente a los individuos. Sus días son años, y al comenzar cada uno de éstos, es como si despertara de un sueño, complace en recordar los acontecimientos de ayer, para evocar hoy el ideal y realizarla mañana; tarea cotidiana que la repetición haría monótona si la variedad de los sucesos y la perspectiva de nuevos horizontes no la prestaran alguna animación"... (8).

No podemos menos de señalar, sigue diciendo NIETO SERRANO como característica también importante, la práctica consuetudinaria en la Academia de no someter a votación las cuestiones científicas, con la prudente intención de dejar al criterio individual el juicio que debe formarse sobre cada una de ellas, en vista de los argumentos alegados a favor de cada opinión. Evitase así la promulgación de cánones, que pueden resultar inexactos con menos cabo de la constitución científica y de la autoridad y prestigio de la Corporación que los edita. Mas lo que no quería la Academia bien podría ser propuesto por cualquiera de sus miembros, sin aquellas pretensiones que son propias de las colectividades y de la doctrina por ellas sancionada.

Por lo que concierne a las actividades de la Academia, que más aportaciones nos han proporcionado, han sido los discursos resúmenes de las tareas de la Corporación, los discursos inaugurales y los de recepción pública, las memorias convocadas para los distintos premios propuestos por dicha Institución, las de los aspirantes al título de académico corresponsal, y los informes de las distintas secciones de la Academia.

En cuanto a los discursos resúmenes de las tareas de la Academia, pronunciados en la solemne inauguración del año siguiente, fueron —

leídos a cargo de los Secretarios Perpetuos que en nuestro período fueron solamente dos, D. MATIAS NIETO SERRANO y D. JOSE IGLESIAS Y DIAZ. Estos discursos fueron descritos ya por CASTELO Y SERRA en 1868 como sonoro y elegante himno - entonado en recuerdo y honor de las tareas de los académicos y con los que se favorecía el prestigio de la Academia (9). Nosotros, por nuestra parte, destacamos el exquisito estilo literario de estos discursos, muy especialmente, los del gran médico, humanista y filósofo que fue el longevo MATIAS NIETO y quién haciendo una cuenta sucinta de los trabajos de la Corporación durante cada año transcurrido, nos informa bellamente del movimiento académico.

En lo que se refiere a los discursos para la recepción - pública de los nuevos académicos, dijo el mismo NIETO SERRANO en el aludido de 1895, suministran un gran contingente de suma importancia en la labor de la -- Corporación. En estas sesiones se leen discursos muy meditados, en los que abundan la crítica y la doctrina, constituyendo como una profesión de fe médica de cada candidato electo. A su vez, el Académico encargado de contestar, completa y sanciona, o modifica lo expuesto en el discurso precedente, coformándose casi siempre con el espíritu dominante en la Academia. De esta forma, se fueron confeccionando una colección de datos interesantísimos, ofrecidos a la consideración de los médicos estudiosos y legado a la Historia de la Academia como documento precioso que la da cuerpo y solidez.

FRANCISCO DE CORTEJARENA (10), en su discurso pronunciado en 1895, nos ha dejado una visión clara de lo que debía significar un discurso inaugural. Este autor cree que ... "este tipo de discursos deben abarcar los hechos pasados, la historia científica, el resumen, en una palabra, del Académico que lo redacta, pues así como el discurso para la recepción es la confirmación del juicio que la Academia ha hecho del recipiendario, el discurso inaugural - de las sesiones de todo académico, que debe leer cuando le toca su turno, al cabo de más o menos años, nunca en plazo corto, ha de reflejar la idea motriz, el juicio meditado, el conjunto de verdades, el alejamiento de los errores que el curso del tiempo y la parte más o menos activa que en las tareas académicas haya tomado, pueda haberla sugerido, es, por lo tanto, este trabajo un verdadero examen de conciencia científico, una rectificación de creencias, ha de ser, en una palabra, la personificación académica, porque a los que tienen la honra de pertenecer a una Real Academia, hay que exigirles personalidad, representa-

ción propia, que no puede ostentar el práctico novel o el que, alejado de las luchas científicas se conforma con beber las aguas de fuentes que otros proporcionan. Por algo, estas Corporaciones científicas son cuerpos consultivos; por algo son aceptados y respetados sus fallos".

En cuanto a las sesiones científicas, dijo en el mismo discurso CORTEJARENA, que en ellas se podían dilucidar cuestiones prácticas, y que era el lugar de los descubrimientos de nuevos hechos y que, por el contrario, en las puramente literarias se deberían ocupar de cuestiones generales -- que en nuestra ciencia han servido siempre de motivo de ilustración y de progreso, porque al fin y al cabo, la ciencia médica está relacionada con todas las demás ciencias, y han de aplicarse las leyes que éstas le presten y que -- pueden corresponderla; lo práctico y lo abstracto es muy difícil de separar, y con uno y otro viven y progresan las ciencias.

Las sesiones literarias a que la Academia se hallaba obligada por sus estatutos, continuaron siendo públicas, siguiendo la práctica establecida en el año 1859 en el que se inauguraron con las memorables discusiones sobre HIPOCRATES y LAS ESCUELAS HIPOCRATICAS. En ellas dijo IGLESIAS Y DIAZ, en 1908, en el discurso resumen de las tareas de la Academia, ya mencionado, que -- la Corporación aspiraba a cumplir uno de los fines de su fundación, que es la -- exposición y juicio crítico de las doctrinas, la valoración científica de las -- novedades que se presentan en el campo de la medicina, y la sanción de todo lo que demuestra su utilidad, por cuyo medio conservan sus individuos las tradiciones verdaderas, defienden los sanos principios contra el embate de aventuradas hipótesis; oponen la fría reflexión y el examen imparcial a las exageraciones -- sistemáticas, a menudo impulsadas por el vértigo de la pasión, y tan caducas y perecederas como éste.

Otras actividades típicas de la Academia fueron las sesiones de gobierno que se dedicaban a las tareas ordinarias consignadas en los estatutos: informar al Gobierno, a las autoridades superiores, a los tribunales -- de justicia, y aún a las Corporaciones populares de Madrid y otros lugares; estudio de las obras recién publicadas y de manuscritos presentados, ya reclamando auxilio para su edición, y opfando sus autores al título de socio correspondiente; tasación de honorarios por asistencia médica; valoración, en fin, de fórmu

las farmacéuticas, y sobre todo, de medios higiénicos para sanear las poblaciones y para otros diversos usos.



PUBLICACIONES ACADEMICAS MAS SIGNIFICATIVAS UTILIZADAS.-

Gran parte de la actividad académica se ha perdido para el historiador, ya que el logro de las publicaciones impresas y continuadas solamente se llevó a cabo tardíamente. En efecto, si bien es verdad que el Tomo I de las Memorias salió a la luz en 1797, no es menos cierto que habían de pasar nada menos que sesenta y cinco años en dar a la luz el Tomo II, como ya habíamos indicado en la primera parte del capítulo. A partir de entonces, no solo no iban a interrumpirse las publicaciones, sino que por el contrario, habían de ser aumentadas.

Esa circunstancia y los demás acontecimientos que hemos relatado y que surgieron en 1861, hace que el año 1862 sea precisamente el elegido como arranque de nuestra investigación sobre medio siglo de la cirugía española en la Real Academia de Medicina, pues a partir de entonces, comenzamos a tener abundantes datos, especialmente, en la vertiente quirúrgica que en épocas anteriores escaseaban, así como una mayor fidelidad de los mismos.

Como hemos dicho también, los tomos de Memorias se dividieron en dos series; la una comprendía los discursos inaugurales, los de recepción pública, y algunos que acordase la Corporación; la otra serie incluiría las Memorias premiadas. Tenemos pues, 21 Tomos para cubrir el periodo 1862-1912.

Por otra parte, los discursos resúmenes de las tareas, - pronunciados en las solemnes inauguraciones, están acoplados cómodamente en dos tomos bajo el título "Memorias de Secretaría", cuyo Tomo I va de 1862 a 1880 y el Tomo II comprende aquellos pronunciados desde 1881 a 1900. A partir de entonces, los mencionados discursos los encontraremos en las "Memorias de la Real Academia de Medicina", por no existir ya reunidos como hasta esta fecha en su supuesto Tomo III. Muchos de estos discursos y los inaugurales, publicados además individualmente, aún se conservan y en el caso de los primeros, impresos - junto a su contestación preceptiva, son cómodos de manejar.

Sin embargo, la labor del historiador se verá muy facilitada a partir de 1879 en que comienzan a publicarse los "Anales de la Real Aca-

demia de Medicina". La Corporación fue, al fin, autorizada por sus Estatutos para publicar los Anales, en donde se incluirían las actas de las sesiones sobre asuntos literarios y científicos que se hubieran celebrado; los discursos pronunciados, los informes más interesantes de las secciones y comisiones, las memorias premiadas, todos los trabajos de interés que se hubieran presentado, noticia de los acontecimientos más notables de otras academias, y cuanto sirviese para dar a conocer los adelantos de la ciencia, así en España como en el Extranjero y, en fin, las disposiciones oficiales sobre Sanidad, Beneficiencia, e Instrucción pública de interés. El objetivo de estos Anales, como algún académico había dicho, es fijar en la historia de la ciencia, con el orden en que van teniendo lugar, los estudios, trabajos y esfuerzos hechos acerca de cada uno de los ramos en que se extiende el círculo de acción de la Real Academia. Treinta y dos tomos cubrirán pues el periodo de nuestra tésis.

Sin embargo, hasta 1879, no teníamos el material impreso suficiente para comprender la totalidad de las actividades académicas, pues solo se contaba con los magníficos discursos resúmenes de las tareas, pronunciados por sus secretarios, pero que a pesar de su calidad, los consideramos insuficientes. Por ello, desde 1862 a 1897, hemos utilizado los Libros de Actas de Sesiones Literarias Especiales y Generales, en manuscritos, los cuales aportan los datos suficientes para completar nuestro trabajo.

## B I B L I O G R A F I A

\*\*\*\*\*

- 1 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "De la influencia del genio Latino en el carácter actual de la Medicina, reflejada principalmente en el diagnóstico y la te rapéutica". Discurso inaugural. Real Academia de Medicina. Año 1912.
- 2 .- ANONIMO: "Noticia histórica del origen, progresos y estado actual de la - Real Academia de Medicina de Madrid". Memorias de la Real Academia de Me- dicina de Madrid. Tomo I. Año 1797
- 3 .- ANONIMO: "Introducción". Memorias de la Real Academia de Medicina de Ma- drid. Tomo II. Primera Parte. Año 1862
- 4 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas en 1861, pronunciado en - la solemne inauguración de 1862. Memorias de Secretaria de la Real Acade- mia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 5 .- ANUARIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA: Año 1980.
- 6 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1880 pronunciado en la solemne inauguración de 1981". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 7 .- IGLESIAS Y DIAZ MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1907 pronunciado en - la solemne inauguración de 1908". Memorias de la Real Academia de Medici- na. Tomo XIX. Año 1907-1908.
- 8 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1894 pronunciado en la solemne inauguración de 1895". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 9 .- CASTELO SERRA, EUSEBIO: "Examen de los poemas que sobre sífilis escribie- ron los Drs. Villalobos, Fracastory Barthelemy". Discursos pronunciados - en la inauguración de la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid 1868.

- 10.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del Pensamiento Médico Moderno ante la práctica". Discursos inaugurales. Real Academia de Medicina. Madrid 1895.

2,6

C A P I T U L O - I I

ENMARQUE HISTORICO DEL PERIODO 1862-1912

Iniciamos nuestra tésis, en el reinado aún de Doña Isabel II, siendo destronada seis años más tarde por la Revolución de 1868. Mientras nuestra ciencia luchaba por alcanzar un desarrollo que nos nivelara con el saber europeo, la política va de mal en peor, el País vive una situación política de enorme turbulencia, a pesar de lo cual, aún con soporte científico - débil, experimenta un gran progreso, si se compara con la etapa anterior. Ello se debe a la desaparición de la autocracia absolutista, que tiene su expresión en la vuelta de los exiliados políticos y una mejor comunicación con Europa. El resultado es el desarrollo del periodismo médico y la incorporación de las novedades de la medicina europea, por conducto de Francia, aunque también Alemania anuncia tímidamente la influencia que tendrá en el periodo siguiente (1).

Nombrado regente el General Serrano, el Primer Ministro, General Prim, propone a D. AMADEO DE SABOYA como nuevo Rey.

La Primera República es instaurada tras la abdicación de D. AMADEO en 1873, siendo de tan fugaz duración, que al año siguiente, se produce la restauración borbónica, tras un año de guerra civil y penuria económica, por elevación al trono de D. Alfonso XII, durante diez años.

Dice MATIAS NIETO SERRANO (2), Secretario Perpetuo de la Corporación, que la Real Academia de Medicina inaugura en 1886 su actividad bajo la impresión dolorosa que causó la muerte de un Monarca que, a su juicio, era muy querido de su pueblo, como apreciado y respetado en los extraños, adornado ya en su primera edad con los t mbres gloriosos de pacificador y protector de todo lo grande y justo, de todo lo noble y útil para el enaltecimiento y prosperidad de la Nación Española. Entusiasta por su misión en el mundo hasta el heroismo, esforzado y animoso hasta la temeridad, atinado en sus juicios, discreto en sus propósitos, elocuente en su palabra, liberal en sus actos, ga-

noso siempre de conquistar laureles y palmas para su reinado, debíanle las --- ciencias especial predilección, y las que cultivaba precisamente la Academia esperaban de él positivas y no remotas ventajas.

Sin embargo, no continuó prolongadamente su reinado como para que el bien que se entevía y se comenzaba a disfrutar hubiera madurado. Por ello, IGLESIAS Y DIAZ (3), siguiente Secretario Perpétuo, en su discurso - resumen de las tareas de la Academia de 1898, habría de manifestar que nuestra historia entró en largo y doloroso calvario que vino recorriendo con valor heroico nuestra querida España y, por tanto, no podía ofrecer el puro y apacible ambiente de paz y de bonanza que necesitaban para su vida próspera y lozana, - las artes y las ciencias. Atmósfera llena de dolores y tristezas, que privando al ánimo de todo sosiego, y constituyéndose en permanente zozobra, hace imposible toda empresa grande y beneficiosa. El momento histórico trágico queda personificado por el vil asesinato de Cánovas el día 8 de agosto de 1897, por el anarquista italiano MIGUEL ANGIOLILLO, y del que dió cuenta a la Academia éste mismo autor. No quedan ahí las desgracias políticas, y al año siguiente, surge una de las más luctuosas páginas de la Historia de España. Una nación poderosa nos atacó con el deliberado propósito de arrebatarlos aquellos preciados ras - tos de nuestra grandeza colonial, aquellos territorios sagrados de la Patria - que durante cuatro siglos constituyeron espléndidos florones de la Corona de - Castilla (4).

La regencia pasó a DOÑA CRISTINA DE HASBURGO, que permanece en esta situación hasta la mayoría de edad de D. Alfonso XIII, declarada el 1902, y cuyo reinado más prolongado incluye el final de nuestro periodo investigado en 1912. La libertad de ideas, la tranquilidad política y el renom - bre de las ciencias naturales, crean un benigno clima donde nuestros científicos desarrollan su quehacer.

En otro de sus discursos, IGLESIAS Y DIAZ (5), nos refirió que esta etapa de estabilidad iniciada en 1902, coincide justamente con -- dos hechos infaustos en el terreno científico. Por una parte, la desaparición de la gran figura del exímio médico-filósofo, figura excepcional del saber del siglo, D. MATIAS NIETO SERRANO, Marqués de Guadalerza, vinculado a la Academia



durante sesenta y tres años y que a pesar de no ser cirujano, ha dejado una --  
 impronta en las actividades de la Corporación, incluídas las quirúrgicas, a --  
 través de sus Discursos Resúmenes de las Tareas Académicas, pronunciados en --  
 los actos inaugurales durante los treinta y tres años que desempeñó el cargo -  
 de Secretario Perpétuo. Por otra parte, desaparece en el mismo año, el no menos  
 prestigioso cirujano, gloria del siglo XIX, D. FEDERICO RUBIO Y GALI cuya figu-  
 ra aparece constantemente en los acontecimientos quirúrgicos de la segunda mi-  
 tad del siglo citado. Sin embargo, solamente un año más tarde, 1903, surgen ya  
 acontecimientos científicos dignos de señalar, tales como la celebración en Ma-  
 drid del Congreso Internacional de Medicina, con fructíferos resultados (6).

En otra ocasión, el mismo IGLESIAS Y DIAZ (7), dijo que  
 la etapa de prosperidad científica iniciada, se personifica el día 29 de mayo  
 de 1904 en que S.M. el Rey D. Alfonso XIII presidió una de las sesiones públi-  
 cas de la Real Academia de Medicina; inspirado sin duda su alma justa y genero-  
 sa en aquella sentencia del Espíritu Santo que manda honrar al médico por su -  
 necesidad y por ser creación del Altísimo.

Continuando los hechos notables, hemos de señalar, que  
 los médicos españoles unieron su noble voz incluso al concierto de la ciencia  
 universal, y sus amores y desvelos por el progreso de las culturas de las so-  
 ciedades humanas, no dejaron de dar frutos satisfactorios para el prestigio de  
 la dignidad de la Patria bien amada, que recibió el alto honor en la persona -  
 de un preclaro maestro de nuestras Escuelas, Dr. D. SANTIAGO RAMON Y CAJAL, de  
 que se le confiriera el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, en coparticipa-  
 ción con el ilustre GOLGI, por sus originales y fecundas investigaciones acerca  
 de la textura del sistema nervioso en el hombre y en los vertebrados.

En esta etapa, existe también un acontecimiento digno -  
 de mencionar, la cirugía española, es honrada con el homenaje que la Nación --  
 rindió con suscripción pública, al ya mencionado D. FEDERICO RUBIO Y GALI, exi-  
 mio cirujano, erigiéndole un monumento en el Parque del Oeste de Madrid, a la  
 vista del HOSPITAL DE LA MONCLOA que él fundara. Al fausto acontecimiento hon-  
 rraron con su presencia, la Real Academia y S.S.M.M. y A.A.R.R. (8).

Terminamos nuestra investigación en el año 1912, año 12

cluído en el periodo de preguerra europea (Primera Guerra Mundial), y cuando - en España sucedía el infausto acontecimiento y vil asesinato, a manos de PARDIÑAS, del Excmo. Sr. D. JOSE CANALEJAS Y MENDEZ, Presidente del Consejo de Mi-nistros.

En el terreno de la Medicina y de la Cirugía, en espe - cial, la clausura del periodo investigado coincidió con la muerte de LISTER, - acaecida en Londres (9). La Academia describió a este autor como apóstol ferve - roso y bienhechor de la humanidad que revolucionó las teorías quirúrgicas del siglo pasado y que ha dejado impronta imperecedera en toda la cirugía futura, hasta nuestros días. La Corporación, rindió justo homenaje, en el que intervi - nieron destacados cirujanos, tales como ESPINA (10), GUEDEA (11), y CALLEJAS - (12).

Pero es, sin duda alguna, el acontecimiento más destaca - do dentro del ámbito de la cirugía nacional, con el que cerramos nuestra tesis, la desaparición de la gran figura de D. JOSE RIBERA SANS. Este autor fue por - su genialidad y fecundidad uno, sí no el más representativo de los cirujanos - de su época, estando prácticamente todos los capítulos de esta tesis impregna - dos por su obra (13).

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- LOPEZ RIOS FERNANDEZ L.: "Los orígenes históricos de la cirugía grastro-intestinal en España". Tesis Doctoral en la Universidad Complutense de - Madrid. Año 1977-1978
- 2 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1885 pronunciado en la - solemne inauguración de 1886 en la Real Academia de Medicina". Memoria - de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 3 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1897 pronunciado en la solemne inauguración de 1898 en la Real Academia de Medicina". Memo- rias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881 - 1900.
- 4 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1898 pronunciado en la solemne inauguración de 1899 en la Real Academia de Medicina". Memo- rias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881 - 1900.
- 5 .- IGLESIA Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1902 pronunciado en - la solemne inauguración de 1903 en la Real Academia de Medicina". Memo- rias de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII. Año 1903.
- 6 .- IGLESIA Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1903 pronunciado en - la solemne inauguración de 1904 en la Real Academia de Medicina. Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII. Año 1904.
- 7 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1904 pronunciado en el año 1905 en la Real Academia de Medicina". Memorias de la Real Academia - de Medicina. Tomo XVIII. Año 1905.
- 8 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1906 pronunciado en el año 1907 en la Real Academia de Medicina. Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Año 1907.

- 9.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Sesión necrológica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 32. Sesión literaria del 15-I-1912. Año 1912.
- 10.- ESPINA CAPO, ANTONIO: "Muerte de Lister". Anales de la Real Academia de - Medicina. Tomo 32. Sesión Literaria del 17-II-1912. página 97. Año 1912.
- 11.- GUEDEA CALVO, LUIS: "Muerte de Lister". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 32. Sesión Literaria del 17-II-1912, página 97. Año 1912.
- 12.- CALLEJAS Y SANCHEZ, JULIAN: "Muerte de Lister". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 32. Sesión Literaria del 17-II-1912, página 97. -- Año 1912.
- 13.- IGLESIA Y DIAZ, MANUEL: "Discurso tareas de 1912 pronunciado en 1913 en - la Real Academia de Medicina". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Año 1913.

34

C A P I T U L O - I I I

CONCEPTO DE ENFERMEDAD SEGUN LAS TEORIAS  
REINANTES EN LA EPOCA - (1862-1912)

## INTRODUCCION

### SISTEMAS FILOSOFICOS FUNDAMENTALES

#### LA ENFERMEDAD. CRITERIOS DE INTERPRETACION

- Concepto de enfermedad desde el punto de vista de sus fenómenos.
- El positivismo y la enfermedad.
- Concepto de enfermedad desde el punto de vista de la fuerza.
- La enfermedad y el parasitismo.
- Concepto de enfermedad desde el punto de vista ecléptico.
- Concepto de enfermedad desde el punto de vista panteísta.
- Concepto de enfermedad desde el punto de vista de la filosofía viviente.

# INTRODUCCION.-

Sería incompleto el trabajo sin tocar elementos conceptuales generales de aquella época, tales como, por ejemplo, el significado de enfermedad o del término cirugía, y su desarrollo histórico.

A ambos conceptos encontramos reiteradas alusiones y magníficos discursos. Puede decirse que los magistrales discursos de los secretarios perpetuos están impregnados de un gran contenido filosófico y obsesionados por encontrar doctrinas generales de explicación. En este capítulo, nos vamos a referir, solamente, a las distintas teorías con las que trataron de explicar el concepto de enfermedad.

MATIAS NIETO SERRANO (1), gran filósofo de la medicina, nos ha expresado la absoluta necesidad de esclarecer el concepto de enfermedad con las siguientes palabras: "...cierto es que toda definición, y por tanto la de enfermedad también, se elabora en las esferas de la inteligencia pura, y no se confunde con las obras del arte, ni con las laboriosas investigaciones de la ciencia práctica; definir es más propio de las matemáticas y de la lógica que de la anatomía y de la fisiología experimental. Confusa o analizada, más o menos vagamente definida, una idea de enfermedad es el hilo conductor de todo aquel que estudia las enfermedades; y siendo esto así, ¿quién duda de que ha de valer más esclarecer, hasta donde se puedan, el fondo mismo de nuestros pensamientos, que dejarlos sumidos en profunda oscuridad?..."

En 1880, la más larga y trascendental de las discusiones en la Academia fue promovida por un discurso sobre epilepsia comunicado por -- SAN MARTIN, elevándose el debate al estadio filosófico y extendiéndose a las nociones de vida y enfermedad; de la naturaleza íntima del estado morbozo y de los agentes que pueden producir la vida, sostenerla, perturbarla y curarla. En estos debates se dijo que no eran estas cuestiones ociosas o meros entretenimientos escolásticos, son por el contrario, lo más interesante profundo y transcendental que encierra el arte, por más que de ordinario se tomen, respecto a estos puntos, resoluciones tradicionales o espontáneas, apenas sometidas al criterio propio y encomendadas al sentimiento más que a la razón, pero el ex-



travío racional amenaza sobreponerse al sentimiento mismo de la verdad científica y, entonces, conviene que en un instante supremo venga la razón en auxilio del sentimiento, sublimándose, en cierto modo, contra si mismo, o por mejor decir, contra sus excesos, corrigiendo sus errores y moderando sus exigencias. En estas discusiones surgieron todas las tendencias, pero el espíritu dominante fue la conciliación y la armonía (2) (3).

D. JOAQUIN QUINTANA, en uno de sus discursos analizó las definiciones de enfermedad hasta entonces conocidas, e incluso, propuso una doctrina conocida como "Sistema de la Filosofía Viviente".

Dice este autor que las fases por las que ha pasado la idea de la enfermedad, reflejan la marcha de la ciencia ya que la patología no es más que una rama especial del saber humano. La patología sintió siempre el influjo de las demás ciencias, especialmente, las naturales y biológicas. La filosofía pues, dará la clave para apreciar y conocer las concepciones que acerca de la enfermedad ha consignado en los larguísimos periodos de su existencia.

#### SISTEMAS FILOSOFICOS FUNDAMENTALES.-

Para QUINTANA (4), existirían cuatro sistemas fundamentales en la historia de la filosofía. Los idólatras del objeto, materialistas de todas clases, deberían limitarse al estudio de la parte variable, exterior y fenomenal de la ciencia; los adoradores del sujeto, los idealistas y espiritualistas de todos los matices, por el contrario, concentrándose en el estudio de las fuerzas que rigen la vida del conocimiento; los eclécticos filósofos acomodaticios, siguen alternativamente los procedimientos del fenomenalismo o del idealismo, según las exigencias o conveniencias del momento; finalmente, otra solución muy en boga en la época, fue el panteísmo representado, principalmente, por HEGEL. En este sistema, se reconoce el carácter sintáctico del conocimiento, tal cual lo concibe la razón, pero se considera como imperfección transitoria, como simple apariencia, la distinción de los elementos que lo constituyen. El sujeto y el objeto del conocimiento, idénticos en su punto de partida, brotan a un tiempo del seno de lo desconocido, de lo absoluto, formando -- una especie de embrión animado, que en su evolución progresiva ha de conducir a la perfecta identificación de los dos elementos que entraña en su naturaleza perfección suprema que se habría consumado al llegar a toda su plenitud de la realización universal.

En cuanto al positivismo, tan en boga en aquella época, es reductible a alguno de los cuatro sistemas expuestos. Fue una corriente muy favorablemente acogida por muchos sabios y, principalmente, por los que se dedican al cultivo de las ciencias naturales y biológicas. Tiene por fórmula la afirmación del fenómeno y sus leyes, como base única de toda ciencia posible, sin preocuparse de lo desconocido, infenomenal que elimina como inútil para la solución del problema filosófico; sin embargo, el misterio pesa demasiado sobre la inteligencia del hombre para que pueda ser arbitrariamente descartado el -- plan de una buena filosofía. Sea cualquiera la extensión de los conocimientos adquiridos, el misterio lo limita por todas partes, acotamiento necesario y -- supremo de todo conocimiento posible.

QUINTANA definió esta negación, este misterio, como inevitable e ineludible en correlación perpétua con los conocimientos positivos,

siendo la fuente fecunda de donde emanan las nuevas relaciones que alimentan - sin cesar el movimiento vital de la ciencia y hace, de este modo, comprender - en su raíz, el sistema de la filosofía viviente. Este sistema filosófico es -- atribuido al ilustre académico, varias veces mencionado, D. MATIAS NIETO SERRA NO, quién ya lo había expuesto en su obra "La Naturaleza el Espíritu y el Hombre". En este sistema, se conciben el sujeto y el objeto del conocimiento como primitivos y necesarios, teniendo como límite común lo desconocido, lo absoluto, y la conciliación parcial y continua de ambos elementos, esencialmente antitéticos, que constituyen vida, se considera como la representación más alta que puede alcanzar la razón. La vida, pues, es la condición sintética que acompaña a todas las causas, ya a las formaciones ideales, como a las realizaciones de la naturaleza. Esta, al parecer, pequeña diferencia en el modo de concebir el esqueleto abstracto del conocimiento, cambia radicalmente el punto de vista de la filosofía moderna, y comunica al sistema de la filosofía viviente una flexibilidad que permite dar en todas direcciones de la ciencia soluciones naturales y armónicas que satisfagan plenamente al espíritu, y que en vano se buscarían en los sistemas filosóficos anteriormente conocidos.

#### LA ENFERMEDAD, CRITERIOS DE INTERPRETACION.-

Volviendo a la enfermedad, veremos que ésta es al patólogo, lo que el conocimiento, asunto importantísimo también en filosofía, es a la reflexión del filósofo; una síntesis como todo lo que cae dentro de la esfera del saber del hombre. Así como al ser definido el conocimiento dió origen a cuatro distintas tendencias, igualmente inadmisibles por su carácter antisintético, del mismo modo, al intentar la patología penetrar el sentido de la enfermedad, reproduce esas mismas cuatro corrientes de ideas, no menos inaceptables por su carácter antisintético, también, y por lo tanto disolvente de la ciencia verdadera.

Lo dicho se pone de manifiesto sin más que hacer una breve excursión a lo largo de la historia sobre el concepto de enfermedad. De este modo, sigue diciendo QUINTANA, desde las teorías de Hipócrates, Galeno y Paracelso, hasta los conceptos de la escuela anatomo-patológica, y la basada en los hallazgos del perfeccionado microscopio, que aspira a explicar la enfermedad como una perturbación de la vida producida por el desarrollo de seres vivos, no son más que adaptaciones de alguno de los cuatro sistemas filosóficos señalados. Por tanto, encontraremos un grupo primero de patólogos que aspiran a conocer la enfermedad considerándola, únicamente, desde el punto de vista de sus fenómenos: patología objetivista, fenomenalista. Un segundo grupo de los que aspiran al mismo conocimiento, fijándose en la consideración de las fuerzas morbosas, a los que otorgan una realidad propia e independiente: patología subjetivista, vitalista e idealista. Un tercer grupo de los que se apoyan alternativamente en los fenómenos y en las fuerzas: patología ecléctica. Finalmente, el grupo de los que unificando, sin distinguir los fenómenos de las fuerzas, hacen de ambos elementos confundidos una especie de germen de evolución progresiva: patología panteísta.

Concepto de enfermedad desde el punto de vista de sus fenómenos.- La enfermedad, dice QUINTANA, no es ni más ni menos que el conjunto de sus fenómenos explicables por leyes físicas, químicas y orgánicas, en todo caso, bien determinados, sobre todo, desde el surgir del movimiento analítico experimental. Pero fijando su consideración exclusivamente en la multiplicidad fenomenal y sintomática, que solo es una exterioridad que no pue

de ser separada de una unidad, de una interioridad correspondiente. Ahora bien, esa interioridad de las enfermedades exteriormente realizada por los fenómenos es la fuerza morbosa, infenomenal de suyo, es la espontaneidad, término que con frecuencia durante muchos años ha sido utilizado por los Señores Académicos, - es la fuerza que unifica y liga sin cesar todos los actos de la vida enferma; es el elemento exterior, real y particular de la misma síntesis y, ambos elementos, tan necesarios el uno como el otro para la realización de las enfermedades, constituyen sintéticamente unidos las totalidades morbosas posibles.

El positivismo y la enfermedad.- En cuanto al positivismo, después de lo anteriormente expuesto, había poco que añadir. Se diferencia del fenomenalismo en que rechaza sistemáticamente cuanto no gira dentro del orden relativo, afirmando de un modo explícito que le basta para construir la noción de enfermedad, el conocimiento de lo morboso y las leyes que lo siguen.

NIETO SERRANO en el discurso inaugural de 1881 dijo que nada más racional y conforme con el espíritu moderno que el criterio objetivo, de encerrar la ciencia en los límites de las manifestaciones positivas de los fenómenos sujetos a la observación, prescindiendo de aspiraciones metafísicas y de todo cuanto declaran la experiencia y la razón superior a la inteligencia. Sobre tales datos fundamentales se propende a establecer una medicina pura y - exclusivamente científica, en la cual solo tienen cabida los datos experimentales, las relaciones comprobadas, constituyendo las únicas leyes posibles de la teoría y de la práctica, los linderos cada vez más dilatados del conocimiento, y las reglas seguras del arte. Para entonar este cuadro y darle, en lo posible, el vigor de la realidad, se han evocado las conquistas modernas en física y en química en el estudio y clasificación de los seres naturales, en anatomía y en micrografía, en fisiología experimental y en etiología patológica. Preciso es seguir, paso a paso, la discusión consignada en los actos de la Academia, para ver como se encadenan y multiplican en ellas los ingeniosos argumentos y demonstraciones prácticas, sugeridas por el espíritu positivista, como se pretende - sacar partido de las localizaciones etiológicas que han reemplazado ventajosamente a causas vagas y mal determinadas en las escuelas tradicionales.

Prosigue NIETO diciendo que, a pesar de todo, ..." a la

verdad se reconoció en el año 1880 que las ventajas del positivismo médico son más ideales que reales, consistente en esperanzas más que en hechos, lo cual exige, aunque sea provisionalmente, no pequeña parte de las tradiciones del -- tiempo pasado, que se quisiera sustituir con la nueva y positiva doctrina (5)''

El mismo autor, en su discurso resumen de tareas de la Academia, pronunciado en 1882, vuelve con nuevas objeciones al positivismo. -- Dijo éste, que el arte y la ciencia son dos astros, que girando dentro de sus orbitas respectivas, constituyen un sistema común, y no deben aspirar a eclipsarse mutuamente. Sin embargo, el positivismo repugna toda ingerencia artística, por lo cual, también, tal procedimiento ha llegado a perjudicar a la medicina moderna (6).

Concepto de enfermedad desde el punto de vista de las fuerzas. -- Patología idealista, animista o vitalista, que si no ha de ser infiel al principio del que precede, debe aceptar las consecuencias de la doctrina que establece, como única realidad, la realidad de la idea, la realidad de la fuerza. Así pues, la enfermedad para el vitalismo patológico es una perturbación de cualquiera de las fuerzas vitales, única realidad posible; perturbación que se repite como eco fantástico en la organización viviente. El vitalismo, tan antiguo como la medicina, sale siempre al encuentro del empirismo físico-químico que, también, en todos los tiempos, ha aspirado a dominar en la ciencia. Acepta unas verdades supuestas, superiores a toda experiencia particular que emane del sentimiento y del conocimiento de las fuerzas generales propias de la vida, de la sensibilidad, y de la inteligencia. Por tanto, a las -- fuerzas físico-químicas había que agregar otras, que sostienen la vida, restableciendo en ocasiones la salud. En resumen, se aceptaría que a la idea de una sola fuerza inherente a la materia había que agregarle otra contraria a la anterior, investida de derecho propio y tan eficaz en la esfera de la vida, como la energía físico-química en los cuerpos inanimados. Esta fuerza se llamó espontaneidad vital que constituye las fuerzas nutritivas, sensitivas, conservadora medicatriz, etc.

El parasitismo. -- Se estudió, entonces, como una corriente entre el fenomenalismo y el vitalismo patológico, si se toma en cuenta por una parte que en ella se presenta la fuerza morbosa realizada como fenómeno

(seres vivos, vegetales o animales, perceptibles por el microscópio), la enfermedad queda enclavada en los dominios del fenomenalismo; pero si, por otra, se reflexiona, que aunque realizada en parte esa fuerza es, además, fuerza viviente, de realización continua, pudiera también referirse la enfermedad a una especie particular de vitalismo.

El parasitismo, como toda nueva teoría, fue en sus comienzos con frecuencia duramente criticada, incluso, dentro de la Academia. A este respecto, QUINTANA se expresó, en el mencionado discurso inaugural, de esta forma: "...Los adoradores de los parásitos que extraviados por las maravillas del microscópio prescinden de las fuerzas espontáneas de la vida, para explicar las enfermedades desde el punto de vista del parasitismo, se asemejan a aquellos fetichistas que, engañados por falsas supersticiones, rinden culto a las cebollas o a las serpientes, en vez de adorar al Dios verdadero..."

Concepto de enfermedad desde el punto de vista ecléctico.- Según este sistema, se admite alternativamente, y según los casos, enfermedades puramente dinámicas, cuyos síntomas nacen igualmente de perturbaciones ideales y fantásticas de las fuerzas vivas.

Concepto de enfermedad desde el punto de vista panteísta.- Así como el fenomenalismo patológico parte de los fenómenos, y el vitalismo de las fuerzas, para elevarse al concepto de enfermedad, el panteísmo se propone alcanzar el mismo resultado, apoyándose en la consideración exclusiva de la identidad del fenómeno y de la fuerza.

Concepto de enfermedad desde el punto de vista de la filosofía viviente.- En la Academia, más de una vez surgieron y se discutieron, todas las tendencias posibles, pero como quiera que ninguno de los sistemas logra fotografiar en sus definiciones, de un modo que satisfaga, plenamente, la razón, el verdadero concepto de enfermedad, algún académico trató de encontrar algo más acorde con los conocimientos de la época. Así, surge la teoría de la enfermedad, desde el punto de vista de la filosofía viviente, ya mencionada, en donde la enfermedad es interpretada como "un modo de la espontánea evolución de la vida real, orgánica, sensible e intelectual del individuo en oposición con la idea de la vida".

La patología concebida desde este punto de vista, no es racionalista, ni espera serlo. ¿Como pudiera ser racionalista una patología -- que principia por reconocer, a la espontaneidad, a la fuerza libre, como elemento formador de la síntesis morbosa? Sin embargo, naturaleza, fuerza y espontaneidad, con conceptos eternamente debatidos que, muchas veces, llevarán a -- discusiones estériles y a eternas contradicciones (7).

No obstante, hemos de reconocer que, en aquel tiempo, no podía decirse más que las leyes patológicas eran más o menos probables, y nada más, de la misma manera que las leyes físico-químicas, son fijas y constantes. Así, por este motivo, en otro de sus discursos, hubo de decir NIETO SERRANO -- (8), que los sistemas son necesariamente incompletos, no pudiendo representar todo lo que existe en el ánimo de los hombres. Pues bien, para encontrar la -- verdad, bastará ponerse frente a la naturaleza e interrogarla libremente, se -- gún el método experimental, con la ayuda de los medios de investigación más y más perfectos cada día, y pensar que en este caso, el único sistema filosófico consiste en no tener ninguno. Frase magistral de CLAUDIO BERNARD, referida por NIETO en su discurso.

Prosigue el mismo autor diciendo que si la medicina se -- ha dicho ha salido del caos en que la sumió el empirismo, ha de ser precisamente por el método científico, con auxilio de la física, la química, de la anatomía y de la experimentación fisiológica; de otra suerte, oscilará a merced de la casualidad entre la verdad y el error, y nunca merecería el nombre de ciencia, ni aún de arte racional.

A todas estas consideraciones, han replicado los defensores de la tradición, diciendo que no pueden considerarse las enfermedades como simples deficiencias o exceso de los fenómenos fisiológicos, y menos como lesiones anatómicas o cambios físicos o químicos. Esta defensa de la tradición, que perduraría tantos años, constituiría un freno en España para el desarrollo de las Ciencias Médicas y, muy especialmente, de la Cirugía.

No es extraño pues, que ya en el siglo XX, aún el Secretario Perpetuo de la Academia D. JOSE IGLESIAS Y DIAZ (9), defendiese la teoría -- ría de la "espontaneidad de la vida" con tanta convicción, destacándola con las



siguientes palabras: ... "La espontaneidad es un factor principalísimo, y el más importante para explicar la génesis de los efectos quirúrgicos o médicos, y el resultado próspero o adverso de las operaciones, y que dicha espontaneidad constituye una causa immanente con la cual siempre ha de contar el médico, árbitro de la vida del hombre, así en la salud como en la enfermedad, en el diagnóstico en la etiología, en el pronóstico y en la terapéutica..."

Sin embargo, esto no quiere decir que de cuando en vez, - surgieran académicos que no se dejaban arrastrar por las tan arraigadas corrientes filosóficas. Así RAFAEL CERVERA (10), ya en la sesión literaria del 23-IV-1868, y con motivo del discurso sobre albúminuria de SAN MARTIN y los debates - subsiguientes, hubo de manifestar que en las discusiones establecidas, se pretendía hacer retroceder a la Edad Media en que se pasaba el tiempo discutiendo sobre las sustancias y los accidentes. Asimismo, advirtió que la razón humana - es limitada y no debe ser arrogante ni querer explicarlo todo, que las ciencias naturales no tienen más criterio que la observación y la experiencia, y que la síntesis no da ningún hecho concreto. Atacó igualmente a la tan arraigada fuerza vital diciendo que respecto a este asunto había muy diversas opiniones ya.

SAN MARTIN (11), en la sesión siguiente del 30-IV-1868, - agradeció a CERVERA su intervención, manifestando seguidamente que estaba conforme en que la observación y la experiencia son las bases de la medicina, y - que la abstracción no es el mejor camino para hacer descubrimientos prácticos.

Hemos de llegar a RIBERA (12) para encontrar una reacción enérgica y contraria a los excesos filosóficos, y él mismo, con valentía pronunciaría en el seno de la Academia las siguientes palabras: ... "Cada vez me gusta más lo concreto, prescindí desde el primer momento de todas estas cuestiones de alta cirugía, cuya utilidad cada vez juzgo más dudosa; el estudio de teorías, - análisis de hipótesis, conceptos abstractos van perdiendo cada vez más su valor para dejar paso al hecho...". También manifestarían otros muchos, cada vez más numerosos académicos, en este sentido y así, ESPINA Y CAPO (13), recordó en su discurso inaugural en 1912, cerrando nuestro periodo histórico, como aquel gran genio que fue CLAUDIO BERNARD, odiaba de tal manera las doctrinas y las teorías médicas baldías de sus predecesores que, a la manera del poeta inglés, decía: ... "palabras, palabras, y palabras"...

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de la Real Academia de - Medicina durante 1879 y pronunciado en sesión inaugural 1880". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 2 .- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Discurso sobre Epilepsia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II, sesiones literarias del 17-IV-1880, página - 205, del 29-V-1880, página 289, y del 5-VI-1880, página 294. Año 1880.
- 3 .- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Rectificación discurso sobre epilepsia". Anales - de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Sesión Literaria del 17-IV-1880 página 210.
- 4 .- QUINTANA Y OLLERO, JOAQUIN: "Qué debe entenderse por enfermedad". Discurso leído en la sesión inaugural del año 1878-1879 en la Real Academia de Medicina. Año 1879.
- 5 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de la Real Academia de - Medicina durante 1880 y pronunciado en la sesión inaugural de 1881". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 6 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de la Real Academia de - Medicina durante 1881 pronunciado en 1882". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. 1881-1900.
- 7 .- SAN MARTIN ALEJANDRO: "El valor curatorio de la naturaleza en las enfermedades". Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la recepción pública. Madrid año 1888.
- 8 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de la Real Academia de - Medicina durante 1887 y pronunciado en la Sesión inaugural de 1888". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.

- 9 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso contestación sobre Constitución Médica" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 22. Año 1902.
- 10.- CERVERA Y ROYO, RAFAEL: "Observaciones sobre albuminuria". Actas sesiones Literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV. Sesión del 23-IV-1868. Año 1867-1870. (Manuscrito).
- 11.- SAN MARTIN Y OLAECHEA, BASILIO: "Observaciones sobre albuminuria". Actas sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV. - Sesión 30-IV-1868. Año 1867-1870. (Manuscrito).
- 12.- RIBERA SANZ, JOSE: "Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica. -- Discurso pronunciado en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Madrid, página 10. Madrid año 1907.
- 13.- ESPINA CAPO, ANTONIO: "De la influencia del genio latino en el carácter - actual de la Medicina reflejada principalmente en el diagnóstico y en la terapeutica". Discurso leído en el solemne Acto de Inauguración del año - 1912 en la Real Academia de Medicina de Madrid, página 23. Madrid 1912.

C A P I T U L O - I V

DESARROLLO DE LA CIRUGIA  
SEGUN NUESTROS ACADEMICOS.

INTRODUCCION

LA ANATOMIA NORMAL Y PATOLOGICA EN EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA

INFLUENCIA DE LAS DEMAS CIENCIAS SOBRE LA CIRUGIA

LOS PROGRESOS ANATOMOFISIOLOGICOS Y LA CIRUGIA

LA CIRUGIA ACTIVA Y LA CIRUGIA ESPECULATIVA

EL METODO EXPERIMENTAL, LA ANESTESIA, LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA  
Y SU INFLUENCIA DECISIVA EN LA CIRUGIA

APORTACION ESPAÑOLA A LA CIRURGICA

SISTEMATICA A SEGUIR EN LA EXPOSICIÓN DE LOS HALLAZGOS INVESTI-  
GADOS DURANTE 1862 a 1912

# INTRODUCCION.-

"La cirugía de nuestro siglo, basada en la Anatomía bajo todos sus conceptos, en la Fisiología normal y patológica, en la Medicina operatoria, en la Terapéutica - racional y en la observación clínica experimental, así como en las doctrinas -- históricas, todo sujeto a principios --- bien determinados y a las exigencias --- prácticas dentro de la perfección de los medios"

José Benito R. Benavides. Discurso inaugural 1887 (1).

Dijo Adolfo Moreno Pozo ante la Real Academia de Medicina, en su discurso para la recepción pública, que pasado el esplendor de los -- tiempos hipocráticos, la cirugía se dejó conducir por sistemas e hipótesis que dominaban el dogmatismo. Los medios que se utilizaron fueron exclusivamente la observación directa y la clínica, y aún cuando fueron acompañados de los juicios que pueden sacarse entre sí de casos análogos, fue un procedimiento insuficiente para resolver problemas tan complejos como resultan, en el orden científico, los estados patológicos. Este mismo autor estudió la evolución de la cirugía en el mencionado discurso para la recepción pública pronunciado en 1894, donde trató de demostrar que en su tiempo ya había que considerar a la cirugía como parte - integrante de las ciencias naturales y donde, igualmente, señaló las relaciones de ésta con la medicina. Creemos interesante expresar con sus propias palabras algunos pensamientos sobre las circunstancias de la evolución mencionada; dice así: "Me he decidido por disertar sobre la evolución de la cirugía, y el derecho que hoy tiene para ser considerada como parte integrante de las ciencias naturales, fundándome de modo preferente en lo practicado por los cirujanos y no en lo relatado por los médicos, pues ni estos fueron siempre imparciales con aquellos ni sin buscar marcha algún tanto distinta de la seguida por ellos, los adelan - tos quirúrgicos hubieran alcanzado el desarrollo que hoy tienen, cuyo origen ha

sido el hallar la cirugía fuentes propias de conocimientos que, conduciéndola - por el camino del análisis experimental de los hechos, la ha obligado a no aceptar como principios más que aquellos que fueran demostrados, y cuya marcha constante va consistiendo en que cada día se apodere el cirujano de algún tratamiento que hasta hace muy poco pertenecía únicamente al médico. Cambiándose de tal modo las relaciones entre los unos y los otros, que si hubo un tiempo en que la cirugía, en su justo deseo de elevarse, buscaba el apoyo de la medicina, hoy -- ésta, para salir airosa de sus curaciones, necesita con bastante frecuencia el concurso de los medios quirúrgicos. Muchas de las enfermedades de las vísceras abdominales, algunas de pecho y bastantes del cerebro, o no se remedian, o ha - de ser el cirujano quién las trate en los momentos presentes, por estarle permitido entrar con garantía de éxito en el interior de las cavidades, y este derecho, que antes no existía, y que engrandece de modo extraordinario a la cirugía no ha podido hacerse sin restringir el campo de la medicina, con lo que si bien se hace cada vez más patente la necesidad de la unidad en los estudios médicos, tal vez como hoy existe podría servir, también, para demostrar, en el supuesto de poderlo considerar divididos en las dos ramas como ocurría en otros tiempos, que había llegado la ocasión de que la medicina fuera a su vez tributaria de la cirugía, o sea, todo lo contrario que hasta hace muy poco pasaba".

A pesar de que muchos de los hechos que en lo sucesivo vamos a referir, pueden ser bien conocidos en los libros de historia de la cirugía, creemos sin embargo exponerlos bajo la visión de los propios académicos -- siendo fieles a nuestro propósito de todo lo que digamos sea a través de nuestra Real Academia.

LA ANATOMIA NORMAL Y PATOLOGICA EN EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA.-

MORENO POZO (2), expone ante la Corporación, el desarrollo histórico de la cirugía y, así, dijo que con VESALIO, y sus sucesores se creó la anatomía verdadera; sin embargo, aún no se hacía sentir tanto adelanto anatómico en la marcha de la cirugía, pues si bien las estructuras de los órganos eran mejor conocidas, por otra parte, las relaciones con los estados patológicos y con el organismo sano, no eran aún bien conocidas.

En el siglo XVII, a pesar de los importantes trabajos anatómicos, como los de HARVEY, que confirmaron las descripciones de MIGUEL SERVET del siglo pasado, los de GLISSON sobre el hígado, los de RICHER Y LOWER sobre las fibras del corazón, los cirujanos no encuentran otros medios de hacer avanzar la cirugía, en esta época, que el ir escribiendo lo que únicamente la observación, interpretada a su manera, les proporcionaba ya en el campo de la clínica, como en el manual o práctico.

Es necesario, por tanto, buscar otros puntos de partida, que expliquen la constitución de la cirugía, que aquellos que puedan proporcionar su primitiva historia o los comienzos de la anatomía, pues de la primera no se desprende más que sus adelantos se debieron a la energía de sus cirujanos y no a la solidez de sus conocimientos y, en cuanto a la segunda, no aparecen todavía sus datos, durante el siglo XVII, en condiciones a propósito para poder sentar que de los trabajos de los anatómicos pudieran deducirse principios generales capaces de servir como fundamento para la constitución en ciencia de los estudios quirúrgicos.



#### INFLUENCIA DE LAS DEMAS CIENCIAS SOBRE LA CIRUGIA.-

Por tanto, dice MORENO POZO, que ni por el papel que la anatomía jugaba en el desarrollo de la cirugía, ni bajo el empirismo a que obedecía la práctica de las operaciones hasta terminarse el siglo XVII, podía sospecharse respecto a lo que hubiera podido pasarle durante el siglo XVIII y, mucho menos, era posible prever la extraordinaria influencia que dicho siglo estaba llamado a ejercer respecto al lisonjero porvenir que esperaba a la práctica quirúrgica en el decimonono.

Más adelante, prosigue MORENO POZO diciendo, apenas comienza el siglo XVIII, se afirma el convencimiento en los cirujanos, de la absoluta necesidad de combinar los estudios anatómicos con los clínicos, ya sea bajo el punto de vista de la anatomía normal, ya bajo el de la anatomía patológica fundada en los trabajos de MORGANI y PORTAL. Se procura también relacionar la anatomía con la técnica operatoria, por el célebre anatómico español MARTIN MARTINEZ y por el holandés PALFIN con sus tratados de anatomía quirúrgica de 1726, iniciándose al mismo tiempo los primeros ensayos respecto a anatomía y fisiología comparados y de la fisiología patológica (a MORGAGNI se le consideró el fundador de la fisiología patológica).

Sin embargo, tampoco la anatomía que acabamos de mencionar, ni la observación clínica apoyándose en ella, ni la forma de diagnóstico, más tarde llamado experimental (por tratar de relacionar la lesión de los datos que las autopsias proporcionaban, y vicíversa), pudieron conseguir grandes progresos en la cirugía, durante algunos años, pues no se contaba aún con los medios físicos y químicos necesarios para la recolección de datos.

Inicióse el deseo de buscar apoyo para los estudios médicos y quirúrgicos, en los métodos y procedimientos que las demás ciencias naturales empleaban para hacer progresar sus conocimientos y, desde semejante instancia, tienden a colocarse bajo el mismo criterio que regía el movimiento científico de la época.

Sabido es que toda ciencia natural comienza por la observación, más como los fenómenos naturales rara vez son lo bastante sencillos para que sea suficiente este medio como único al hacer su análisis, es casi impo

sible llegar tan solo por la observación, a dominar las leyes correspondientes.

En otra parte de su discurso, MORENO POZO añadió que para saber, basta observar, comparar y generaliza y que son operaciones indispensables para saber coordinadamente o, lo que es igual, para saber científicamente. Por el primer procedimiento, resultan las reglas que crean el arte, para que aparezca la ciencia hay que reunir el segundo al primero o, lo que es lo mismo, hay que acompañar la observación por las operaciones, que consisten en comparar y generalizar, sin cuyas tres condiciones, no se encuentran leyes. Donde se deduce que el arte con ser inferior en categoría a la ciencia, nació antes que ésta en los estudios naturales. La ciencia, cuyo apoyo buscaban los cirujanos, ya se había desarrollado en el siglo XVII, con la triple acción de GALILEO, DESCARTES y NEWTON, de cuyos trabajos nació la física matemática y experimental. El descubrimiento de sus grandes leyes daba una extraordinaria reacción contra el dogmatismo, siendo este el camino para poder establecer generalizaciones capaces de determinar leyes que hicieran a la medicina adquirir un puesto real entre las demás ciencias.

Sin embargo, el desarrollo no fue tan súbito como podría pensarse. En primer lugar, el desarrollo de los conocimientos físico-químicos no quiere decir que lo fueran en un momento dado y, en segundo lugar, el otro motivo que contribuyó a que el avance médico no fuera tan rápido, después de aceptados los procedimientos de las demás ciencias naturales, fue que cada descubrimiento solía aprovecharse más para apoyar sistemas que para deducciones y aplicaciones prácticas. Por todo esto no ha habido otro siglo tan fecundo en sistemas de las ciencias de curar como el XVIII.

Mas si la medicina no avanzaba tanto como podía esperarse, la cirugía que por su carácter de arte, no se encontró tan de continuo bajo el dominio de volubles teorías, prescinde de discusiones, de hipótesis y -- sistemas, al hallar base sólida para conocer el organismo, que es donde supo apreciar sería conducida, aprovechando los adelantos de todas las ciencias que acabamos de enumerar y no teme entregarse de lleno y aplicar en la clínica --- cuanto de nuevo se había llegado a saber, a fin de acercarse a la verdad en todo lo que tuviera relación con el diagnóstico y tratamiento de los efectos qui

rúrgicos.

# LOS PROGRESOS ANATOMOFISIOLOGICOS Y LA CIRUGIA.-

Igualmente, el autor del discurso siguió diciendo que, - llegamos a DESAULT representante sublime de los últimos años del siglo XVIII, quién decididamente afirmaba que sin anatomía, en todas sus ramas, no había cirugía, y que la primera escuela que el cirujano debía frecuentar, era aquella en que se demostraba en el cadáver la región anatómica que se estudiara. La figura de DESAULT, sirve de síntesis a su siglo; dicho autor no se contenta con sus explicaciones exactas respecto a cada región, sino que hace resaltar entre ella las funciones de cada órgano y así, uniéndolo lo estático a lo dinámico, se extasiaba en hacer aplicaciones tanto al diagnóstico como a la técnica operatoria, para concluir comparando el estado normal con los cambios patológicos a - fin de declarar la naturaleza de las afecciones que puedan presentarse en la - observación. Constitúyese pues en operador de aquella anatomía quirúrgica que DUPUYTREN elevó a tan gran altura, y que los cirujanos del siglo XIX han cultivado de tal modo que cuando se desarrolló la anatomía microscópica, encontró - en ella su satisfacción. Con esta visión, no es extraño encontrar en DESAULT - tratamientos lógicos y razonados, hasta el punto de convertir en preceptos científicos lo que antes era producto de la simple observación, no es extraño verlo pues, convertir en ciencia, lo que aún encontraba como arte en la práctica quirúrgica. Por otra parte, conseguiría la vulgarización de la cirugía, al instituir la enseñanza clínica para los estudiantes del HOTEL DIEU acto que determinó que, en todas las grandes ciudades de Europa, se abrieran los hospitales y las salas de disección, con el mismo fin, para el cuerpo escolar. También consiguió, que en todas las partes se combinara la observación clínica con el mé-todo experimental, que lo únicamente dogmático desapareciera para ser sustituido por los hechos, que la demostración confirmara la teoría y que, en una palabra, los estudios quirúrgicos fueran lógica consecuencia de los anatómicos y - fisiológicos, así como estos dependían ya, desde el principio de siglo, de las demás ciencias naturales.

Igualmente, sigue MORENO POZO diciendo que, BICHAT, fiel intérprete de la escuela de DESAULT, publicó sus obras de cirugía, contribuyendo a perpetuar la obra de éste, y se propuso dar una doctrina, pues a pesar de las aportaciones relatadas, aún la medicina flotaba indecisa. Antes de BICHAT,

la anatomía no hacía más que describir órganos y aparatos, siendo gracias a él cuando la anatomía comenzó a elevarse a la altura de los principios, pues fue él quien demostró que era posible aproximar entre sí los tejidos idénticos, diseminados en los diferentes órganos, y nadie hasta él se había ocupado de clasificarlos, ni nadie los había estudiado como individualidades especiales.

A BICHAT, por tanto, hay que reconocerle el haber sentido el origen de la categoría de ciencia a que ha llegado hoy la cirugía, ya que fue posible gracias a él, establecer en ella principios generales, aplicables a todos los hechos de la misma especie. La juventud, que había oído a BICHAT y siguiendo a éste creó la escuela anatomo-patológica moderna, y como el impulso se había dado, el movimiento no podía ya detenerse, la fisiología, en sus dos ramas, resulta en muy breve tiempo transformada, puesto que coinciden estos -- nuevos trabajos con los grandes medios de observación y de análisis que las -- ciencias fisico-químicas iban proporcionando, y el reactivo y el microscópio, no tardaron en reunirse al escalpelo, para llegar a formar completo juicio así de lo que es organización, como el organismo.

En medio de estos progresos anatomo-fisiológicos, la cirugía parecía algo eclipsada, ofreciendo tres aspectos bien distintos. Por una parte, los sucesores de DESAULT que perpetuaban a la cabecera de los enfermos y en la enseñanza oficial las tradiciones del pasado; por otro, los jóvenes seguidores de BICHAT que, animados del impulso generador que dan las épocas constituyentes, impulsaban la cirugía por el camino que él trazó; por último, lejos de las escuelas y centros de instrucción, los cirujanos del ejército y de la armada, que aportaban en beneficio de la cirugía, el inmenso número de observaciones que iban recogiendo del campo más grande que la cirugía militar había tenido hasta entonces.

LA CIRUGIA ACTIVA Y LA CIRUGIA ESPECULATIVA.-

Terminadas las guerras Napoleónicas, con repercusión en toda Europa, y restablecida la calma, donde primero iba a notarse era en la -  
marcha de las ciencias y, entre todas éstas, ninguna como la cirugía, se ha -  
llaba en condiciones más ventajosas para rápidamente avanzar, por lo mismo -  
que a los hospitales y a los centros científicos es a donde son llevados la -  
síntesis o los casos que los cirujanos militares van recogiendo durante las -  
campañas.

Tal era el estado de los conocimientos quirúrgicos en -  
los dos primeros años del siglo XIX y, por lo que de esta situación no es di-  
fícil deducir, que bien pronto había de iniciarse en ellos dos tendencias, la  
una esencialmente práctica, que pudiera llamarse cirugía activa, y la otra de  
laboratorio o especulativa. No tardaron en irse aprbximando hasta el punto de  
resultar unidas en el segundo tercio del siglo XIX, para dar como consecuencia  
los extraordinarios adelantos con que en nuestro periodo (1862-1912) cuenta -  
la cirugía, así como su verdadera constitución, aún antes de comenzar el ter-  
cio último del siglo pasado.

EL METODO EXPERIMENTAL, LA ANESTESIA, LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA, Y SU INFLUEN  
CIA DECISIVA EN LA CIRUGIA.-

---

La supresión del dolor al efectuar el acto quirúrgico, y la seguridad de librar toda la superficie cruenta de la acción nociva de los - agentes externos, así como de hacer inofensivo el aire que puede tocar un traumatismo, constituyen para la cirugía el coronamiento de la obra generadora que en ella ha determinado el siglo XIX, y la demostración mas palpable de las ventajas que le ha producido el tomar como punto de apoyo las demás ciencias natu-  
rales.

Sin BICHAT y la aplicación del método experimental a la medicina, sin WARREN, MORTON, PEARSON, FLUORENS y SIMPSON DE EDIMBURGO, a cu-yos ensayos se debe la anestesia, y sin LISTER, que modificó las curas, la ci-rugía práctica hubiera quedado reducida a simple corrección de métodos y procedimientos operatorios, que es en suma lo que venía caracterizándola y, la cirugía, a pesar de sus adelantos científicos, no hubiera podido llegar a las aplicaciones de sus principios.

Mas desde que fue bien conocida la textura de los  órga-nos, desde que el éter y cloroformo permitieron tiempo y calma para transfor-mar las operaciones rápidas en actos de detalle; y desde que la asepsia y antisepsia evitan toda complicación, no es de extrañar se pueda asegurar que la medicina operativa ha conseguido todos sus fines, pues el cirujano ya no tiene - que dudar como sus antecesores respecto al modo de ser de los órganos, y no -- tiene que luchar contra el dolor, ni con los efectos locales del traumatismo - operatorio.

Antes de mediar el siglo XIX, no eran aplicables los mé-todos generales de que disponían los cirujanos para practicar operaciones, ni en el esqueleto, ni en las cavidades cerradas por serosas. Es solo después de esta época, cuando los cirujanos, con seguridad, han podido abordar todo géne-ro de operaciones y entender de modo quirúrgico con los padecimientos de las - visceras, no impidiendo los pocos años que hacía que habían conseguido tamaños adelantos, para que el progreso en el sentido de esta clase de cirugía haya si

do extraordinariamente positivo.



#### APORTACION ESPAÑOLA A LA CIRUGIA.-

Respecto a la cirugía española, MATIAS NIETO SERRANO (3) dijo en la Academia en 1894 que era cierto que no hay contribuciones importantes, por parte de la cirugía española, si consideramos como tales aquellas --- aportaciones de revolución universal en la ciencia quirúrgica, ya que ninguno de los grandes progresos de la cirugía del siglo XIX, causa de su radical transformación, naciera en España. La anestesia la hemostasia, la asepsia y antisep sia, vinieron de fuera.

Pero nuestra Nación, a pesar de no haber tenido tantos - genios como otras, nunca ha rechazado el progreso ni dejado de admitir cuanto de útil o bueno se ha hecho fuera, y no pocas veces ha dado noticias justas y decididas de la suerte de las novedades, algunas de relumbrón. Pero a pesar de estas ausencias geniales, no por ello, existen muy meritorias aportaciones que esperamos queden patentes en esta tesis, al mismo tiempo que comprobaremos la existencia de un buen número de cirujanos prácticos y muy hábiles que ejecutan muchas veces las técnicas mejor que sus creadores, al igual que perfeccionado- res de técnicas con alto espíritu creativo, e incluso, no faltaron tampoco los autores de técnicas quirúrgicas totalmente originales.

Para la mejor interpretación de acontecimientos y para - una más justa valoración creemos necesario reflejar el pensamiento de la Real Academia. Su secretario perpétuo D. MATIAS NIETO SERRANO, señala asimismo que la medicina española, había sido siempre prudente, conteniendo sus vuelos teó- ricos por respeto a la tradición, por la profunda conciencia del límite impues to por la razón humana y que no había deslumbrado al mundo con sistemas arro - gantes o doctrinas avasalladoras; no ha sobresalido en el análisis, no se ha - ocupado preferentemente en dominar la naturaleza, persiguiéndola y disecándola, pero en cambio, ha tenido la virtud de aprender asiduamente, de sentir la vani dad de los desvarios metafísicos sugeridos por una física ambiciosa, y de poner dique a los desaciertos emanados de excesivas confianzas en datos insuficiente mente estudiados. No ha confundido el uso con el abuso, siguiendo muy de cerca el movimiento científico de la época, y no dejó de tomar en la labor analítica y experimental de los tiempos modernos la parte que las circunstancias les con

sentían, contribuyendo así a acumular materia que sometía a la disciplina del espíritu patrio del que no quiso ni pudo renegar.

Creemos justo transcribir aquí las palabras del Académico D. JOSE DIAZ BENIO y ANGULO (4), por lo exactamente que describe la posición y la aportación a la medicina de nuestros compatriotas:

... "los españoles con no tener la fortuna de que en su País tuviera origen la medicina, la cultivaron con lo que de otras partes les comunicaron, enriqueciéndola cuanto pudieron con su trabajo y laboriosidad, abriendo escuelas y enseñando a todos, sin reparar en que fueran de otros países, o de otro modo de pensar. Firmes en sus propósitos siguieron las mejores doctrinas y levantaron del suelo el hipocratismo, que venía en decadencia y hasta en el olvido, con las teorías, hipótesis y sistemas que imaginaciones fogosas e irreflexivas, -- iniciaron. Supieron conocer y apreciar lo bueno que les fue comunicado por conquistadores e invasores, especialmente, lo que dejaron a su paso los romanos -- en higiene y administración, lo cual prueba su buen criterio. Prescindieron de lo frágil, sutil e ilusorio de los sistemas e hipótesis que a sus conocimientos llegaban; estando siempre su vista fija en los preceptos y máxima de la medicina secular, de la observación y de la experiencia. No aceptaron el solidismo ni humorismo, el materialismo ni el empirismo en absoluto, sino que fueron eclécticos y supieron, con su razón clarísima, elegir de todo y cada uno lo mejor; no fueron pues, en absoluto, ni yatroquímicos, ni atomistas, ni stahlianos ni broussistas, ni partidarios de BOERHAAVE, de CULLEN ni de HOFFMANN, paracelsianos, vanhelmontianos, y menos hannemannianos. Fueron hipocráticos galénicos, y nada más; ninguno de los sistemas conocidos echó en ellos hondas raíces, limitaron sus esfuerzos al progreso de la ciencia, estudiando las enfermedades -- aisladas, las epidemias y sus modos de remediarlas, sin ajustarlas a una regla fija y a una sistemática preconcebida; y así han dado al mundo la norma de su conducta para tratar las enfermedades, y vivas están sus ideas sobre contagios sus cuarentenas, y aislamiento en estos casos, sin poder admitir censura alguna por esto, ni ser calificados de atrasados, porque los términos entre ayer y hoy son desiguales y la comparación no tiene lugar. En la época actual, las naciones no conocen límites con el vapor y la electricidad, todos se dan la mano y sería absurdo querer hoy seguir la conducta de ayer.

Con esto se ve claramente el carácter y condiciones de -  
nuestros antepasados y lo que los hace dignos y aquilata su juicio es su proce  
dimiento de aceptar las verdades sancionadas por la ciencia, venga de donde vi  
niera, su apego a la sencillez terapéutica y su cautela para admitir innovacio  
nes que, en medicina, son más peligrosas que en otras ciencias, y que para ser  
aceptadas y seguidas como verdades necesitan mucho estudio, muchas pruebas, y  
gran fuerza de criterio. Por eso, hemos visto a nuestros comprofesores, en me-  
dio de tantas hipótesis como sucesivamente han venido a la ciencia, con la pru  
dencia que es condición característica del español. Dicho ésto, creo haber pro  
bado que los españoles han contribuido como los que más al progreso de las --  
ciencias médicas"...

La Academia, deseando una justa valoración del saber qui  
rúrgico del momento, convocó para 1864 un premio para el mejor trabajo sobre -  
"Examen del estado actual de la Cirugía y causas que se oponen a su progreso".  
Una sola memoria fue recibida, escrita en francés, en donde la Academia encon  
tró señales inequívocas de laboriosidad y no poca exactitud, pero la Corpora -  
ción, siempre exigente en este terreno, concedió solamente accesit a dicha me-  
moria, por haberse considerado que carecía de una apreciación filosófica de --  
las tendencias de la cirugía y de sus relaciones con el espíritu general que -  
demostraba entonces la Academia. Esta hubiera deseado que se hubiera averigua-  
do los límites que conviene a la cirugía del porvenir. Sin embargo, reconoce -  
que se da un gran paso a la "cirugía conservadora" como arreglada al espíritu  
de nuestro tiempo (5).

Sin embargo, la Academia era consciente de la labor que  
los cirujanos españoles habían hecho y del adelantamiento de nuestra cirugía a  
manos de nuestros compatriotas. Nombraré, solamente, a D. DIEGO DE ARGUMOSA, -  
catedrático y autor de una obra de cirugía, inventor del colgajo triangular en  
la amputación de pierna, de varios instrumentos para la operación de fimosis y  
de fístula de ano, y del tratamiento del hidrocele por medio de introducción -  
de bordones en la cavidad de la túnica vaginal; el eminente Dr. D. MELCHOR SAN  
CHEZ TOCA, al Dr. D. MANUEL SANTOS GUERRA, célebre cirujano del Hospital Gene-  
ral, excelente clínico e inventor de catéteres modificados y de bisturíes, rec  
to y curvo, especiales para la operación de talla; al Dr. FOURGUET, director -  
de Trabajos Anatómicos y catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, in-

ventor de la célebre cuadrícula anatómica, y de un instrumento para la fístula de ano; al Dr. D. RAMON EUSEBIO MORALES, excelente cirujano del Hospital General de Madrid, inventor de un costotomo, un compresor de subclavia y del tratamiento del hidrocele a beneficios de punciones múltiples, absteniéndonos de citar a otros muchos más, pero insistiendo en el interés de sus aportaciones quirúrgicas en el debut de nuestro periodo estudiado.

Durante el siglo XIX, asistimos en el mundo entero a la transformación de la cirugía en ciencia como ya en otro lugar hemos dicho.

Durante el positivismo, los cirujanos alcanzaron la categoría científica y social que hoy en día poseen. Fue lograda esta mejora rápida merced a las victorias técnicas fundamentales, los tres pilares sustentantes de la cirugía contemporánea, anestesia, antisepsia y asepsia. El logro de la destrucción de los tres principales enemigos del cirujano clásico, el dolor, la infección, y la hemorragia, permitió el rápido y definitivo abordaje de todas las cavidades internas del cuerpo humano. El apoyo en la nueva ciencia médica del positivismo y el rápido diseño del arsenal de instrumentos quirúrgicos, permitió al nuevo cirujano aplicar victoriosamente nuevas técnicas. A la rapidez sustituye la habilidad y perfección quirúrgica, a los métodos espectantes, atrevidas y logradas incursiones en el cuerpo humano y en el organismo social el cirujano compite en categoría con el internista, hechos todos, muy bien referidos por LAIN ENTRALGO en su "Historia Universal de la Medicina".

Al comienzo de nuestro relato, ya pues, existía la anestesia (año 40), introducida en España por D. BASILIO SAN MARTIN, desde hacía dos décadas y, por tanto, ya se había difundido a todo el mundo. La antisepsia primero y la asepsia después, justamente nacieron en el comienzo de nuestro periodo, década de los sesenta, tardando algún tiempo en desarrollarse. Es pues, este periodo listeriano desde el inicio, estando nuestra cirugía con los elementos necesarios para el gran desarrollo ulterior. En 1868, la voz de la Academia, representada por su Secretario Perpétuo (6), se expresaba así:

..."La cirugía moderna ha hecho prodigios, que están muy en armonía con el carácter positivo de nuestro siglo y con la dirección en que se hace todo género de estudios. La historia de las ingeniosas operaciones practicadas, de los ---

atrevidos procedimientos autorizados por el voto ilustrado de la ciencia, de las vidas salvadas de las funciones restablecidas y, en una palabra, de los beneficios dispensados por la terapéutica quirúrgica, será en todo tiempo una de las glorias más legítimas de nuestro siglo, cuya cirugía podía siempre decir -- muy alto a la posteridad: Eximí a los enfermos del dolor producido por las largas y crueles operaciones, enseñe a llevar sin miedo la mano y el hierro a las entrañas de los pacientes, ligando los gruesos troncos arteriales, extirpando órganos tan nobles como el bazo, la matriz, los ovarios; ensanché la esfera de acción de la salvadora traqueotomía, no vacilé en desarticular el fémur, y en separar el brazo con la clavícula y el omóplato; devolví la vista a los ciegos por medio de delicadísimas operaciones, conseguí, en fin, restablecer la continuidad de las partes a beneficio de procedimientos plásticos ingeniosos y de difícil ejecución, tales como las operaciones encaminadas, no ya a nivel del velo del paladar dividido, sino hasta restablecer la bóveda palatina por vicio congénito, o por enfermedad"...

Estas palabras de alabanza y reconocimiento de la cirugía, han de considerarse de gran valor al ser pronunciadas en la Real Academia donde eran muy preferentes las discusiones y debates filosóficos, y donde seguirían durante años los debates de las distintas escuelas filosóficas, así mismo la lucha entre las corrientes tradicionalistas y del moderno reformismo. -- Los éxitos quirúrgicos fueron apareciendo y cada vez con más frecuencia, en el seno de la Corporación, a partir de esta época.

La cirugía de la primera época listeriana, era de necesidad, reservada a los casos de urgencia o a los procesos que por su excesivo volumen producían en el paciente un verdadero peligro. No fuimos más reacios que en otros países a aceptar las nuevas intervenciones, ni tampoco fue por incapacidad técnica, fue simplemente y llanamente debido a la mortalidad que aún tenía la cirugía, por lo que nos retrasamos en tal aceptación.

A partir de 1880, el panorama cambia e intervenciones -- que solo se practicaban en casos apurados, pasaron a ser poco menos que inocuas. De esta forma, el eminente cirujano D. FEDERICO RUBIO Y GALI (7), se expresaba así en 1889:

..."Desde el advenimiento de la hemostasia, la anestesia y la antisepsia, la operatoria ha concluido. Ha concluido, gloriosamente, eso sí, no como las cosas que al morir se desvanecen, sino cual los varones insignes que, al terminar la vida, dejan en pos los beneficios que sembraron y por herederos las edades futuras. Ha terminado la cirugía como ciencia y como arte, porque esencialmente nada le resta ya que hacer. Sin sangre y sin dolores, sin supuraciones, sin fiebre y sin peligros próximos, penetra hoy en el cráneo como en el pecho, y en el pecho como en el abdomen. Arranca letales neoplasmas, del interior del cerebro y del canal vertebral, extirpa la laringe, ataca las lesiones del pulmón, extirpa el bazo, reconstruye el estómago corroído por el cáncer, restablece el curso roto de los intestinos, separa el riñón desorganizado, la matriz degenerada y la vejiga. En una palabra, que no solamente quita, sino que también reemplaza órganos, los reconstruye y rehace.

Ella ha arrebatado a la medicina multitud de enfermedades internas que la medicina no alcanzaba a curar; y de hoy más, toca su vez a la medicina, quitando a la cirugía sus cruentos triunfos, al dominar por medios químicos o farmacológicos, lo que la cirugía solo cura por sus medios físicos.

La anestesia y la antisepsia, he aquí el conocimiento del edificio quirúrgico. Pues bien, la anestesia y la antisepsia, primer triunfo de la medicina propiamente dicha sobre la cirugía. Los anastésicos y antisépticos son medios farmacológicos y de pura química biológica.

Gran satisfacción señores, para todos y, muy especialmente, para el que tiene el honor de dirigiros la palabra, ser los primeros mortales que pueden contemplar el hermoso panorama de una ciencia agotada por el hecho mismo de sus finales adelantos"...

En 1887, el Académico Dr. D. JOSE BENITO R. BENAVIDES -- (8), hace una descripción de la cirugía del siglo XIX: "la cirugía de nuestro siglo, basada en la Anatomía bajo todos sus conceptos, en la Fisiología normal y patológica, en la medicina operatoria, en una terapéutica racional y en la observación clínica experimental, así como en las doctrinas históricas, todo lo sujeta a principios científicos bien determinados, y a las exigencias prácticas dentro de la perfección de los medios. Por tanto, no podía prescindir de

dos de los descubrimientos mas importantes del siglo a saber, la anestesia y la antisepsia.

Las ligaduras con tejidos animales habían caído en desuso hasta que LISTER, las introdujo nuevamente en la práctica quirúrgica, demostrando la importancia del catgut preparado en una disolución fenicada.

SISTEMATICA A SEGUIR EN LA EXPOSICION DE LOS HALLAZGOS INVESTIGADOS DURANTE  
1862 A 1912.-

---

Los adelantos son tan vertiginosos y en tal cantidad, en nuestro periodo (1862-1912), que para no perdernos, trataremos de hallar una - sistemática que nos facilite la narración. Por ello, vamos a seguir los consejos que el MARQUES DEL BUSTO expresó en la memoria leída al inaugurarse la cámara aséptica de la Facultad de Medicina de Madrid, donde manifestó que los co nocimientos y medios con que la cirugía cuenta, para tratar y curar las múltiples afecciones que en ella se comprenden, bien pueden ser clasificados en tres grupos distintos, la cirugía de las carnes, la cirugía de los huesos, y la cirugía de las cavidades, significando con ello tres periodos diversos de su evo lución (9).

En cuanto a la cirugía de las carnes, prácticamente, era la cirugía de todos los tiempos antes del siglo XIX, más o menos agresiva y -- perfeccionada. Son pues, la cirugía de los huesos y de las cavidades, las que más han de interesarnos, pues han de desarrollarse después de la mitad del siglo XIX, es decir, prácticamente en el periodo objetivo de nuestra tesis. Sin embargo, hay que advertir que aceptamos como época de esta gran cirugía de cavidades, a la época anestésica y listeriana, lo cual no quiere decir que mucho antes no han dejado de existir, quién sin las debidas garantías se atreviese a penetrar con el bisturí en el interior de las cavidades. Esta fase agresiva de principios de siglo, fue llamada de las temeridades quirúrgicas. Tiempo de ope raciones extraordinarias, si se tiene en cuenta la carencia, en aquella época, de los elementos con que ya se contaban pasada la mitad del último siglo.

Revisaremos pues estos tres campos de actuación de la ci rugía en esta tesis, si bien, previamente no hemos de pasar por alto el tratar los sensacionales acontecimientos varias veces mencionados, tales como el adve nimiento de la anestesia, los sueros y las transfusiones, la antisépsia, y la asepsia, y de cuestiones tan trascendentales como el tratamiento de las heri - das y las teorías y conocimiento sobre los tumores.

Esta manera fragmentaria de describir conocimientos, no



es más que responder a una exigencia también fragmentadora que surgió en este periodo. Constituida la cirugía como la hemos descrito ha adquirido tales desarrollos, que como decía Cortejarena (10), "no creo que haya ningún cirujano por grande que sean sus conocimientos y talento, que sea capaz de resolver por sí solo todos los conflictos que han de presentarsele. Habrá ocasiones en que solo un especialista extraerá determinadas cataratas, y otro cohibirá determinadas hemorragias. De aquí se ha originado la necesidad de dividir la cirugía en diversas ramas, en estudio y prácticas especiales, que empiezan a dividirse ya en algunas otras ramas, y quién sabe al cabo de los tiempos donde llegaremos con esta necesaria y utilísima división del trabajo".

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Progresos de la cirugía desde su origen hasta nuestros días". Discurso leído en la solemne inauguración del año -- 1889 en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1889, página 100.
- 2 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Constitución de la cirugía desde su origen hasta la época actual". Discurso leído ante la Real Academia de Medicina, para la - recepción pública. Madrid año 1894.
- 3 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen de las tareas de 1893, pronunciado en la solemne inauguración de 1894". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina - Tomo II. Año 1881-1900.
- 4 .- DIAZ BENITO Y ANGULO, JOSE: "Algo de lo que se debe a los españoles en el progreso de las ciencias médicas". Discurso leído en la solemne sesión --- Inaugural de la Real Academia de Medicina. Año 1889, página 38.
- 5 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1864, pronunciado en la solemne inauguración de 1865". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina - Tomo I. Año 1862-1880.
- 6 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1867, pronunciado en la solemne inauguración de 1868". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina - Tomo I. Año 1862-1880.
- 7 .- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "La sociopatología". Discurso leído en la solemne inauguración en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1889.
- 8 .- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Breve reseña de los progresos de la cirugía desde su origen hasta nuestros días". Discurso leído en la solemne - inauguración en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1887.
- 9 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Constitución de la cirugía desde su origen hasta la época actual". Discurso leído ante la real Academia de Medicina para la --

recepción pública. Madrid año 1894, página 12.

- 10.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso contestación al de D. Adolfo - Moreno Pozo sobre la constitución de la cirugía, desde su origen hasta la época actual". Discurso leído ante la Real Academia de Medicina, para la recepción pública. Madrid, 1894.

C A P I T U L O - V

LAS HERIDAS EN CIRUGIA



INTRODUCCION

HISTORIA DE LA TERAPEUTICA DE LAS HERIDAS  
POR ARMA DE FUEGO

LAS LESIONES SEGUN EL TIPO DE PROYECTIL

MANIOBRAS PARA LA EXTRACCION DE PROYECTILES

LA EXPERIENCIA EN LAS HERIDAS DE GUERRA EN  
LA CAMPAÑA DE AFRICA

PROYECTILES EXPLOSIVOS EMPLEADOS POR LOS  
REBELDES DE CUBA

LAS HERIDAS Y SUS COMPLICACIONES COMO TRAUMATISMOS  
LA INFLAMACION Y LA SUPURACION

LAS CURAS TARDIAS DE LAS HERIDAS

EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS PROCEDENTES DE LAS  
OPERACIONES

INTRODUCCION.-

No es necesario resaltar la importancia que las heridas han tenido a lo largo de la historia, ni tampoco como estas lesiones han sido consideradas siempre como, eminentemente, quirúrgicas. Por ello, la Academia, cuyos desvelos por los adelantos científicos son bien patentes, y entusiasta siempre por las glorias de nuestros antiguos prácticos a los que quiere recordar para hacer ver de cuanta estimación son dignos, convocó en 1862 un premio a la mejor memoria que se presentase sobre el origen y vicisitudes de la terapéutica que han usado los cirujanos españoles en las heridas de arma de fuego.

Fueron dos las memorias presentadas bajo el mismo título una, la de MARCELINO GOMEZ PAMO, y otra, la de ANTONIO POBLACION FERNANDEZ. En ambas, se hace un exhaustivo estudio histórico de las heridas y sus diversas terapéuticas, destacando, muy especialmente, las aportaciones de nuestros compatriotas, pues en una de ellas se llegaron a consignar los nombres y obras de sesenta y cuatro autores españoles. Con el beneplácito de la Corporación, las dos memorias fueron premiadas.

En las memorias presentadas, se describió, no solo la historia completa de los tratamientos empleados por los cirujanos españoles, sino también, fue investigado el origen de los mismos. Aún cuando se sabe de nuestro período todo lo que en esta memoria relata, creemos muy oportuno señalar algunos pormenores para comprender mejor las actitudes de estos cirujanos en el período objeto de nuestra investigación.

# HISTORIA DE LA TERAPEUTICA DE LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO.-

Dice POBLACION (1), que la cirugía patria, completamente legada al desprecio, comenzó su primer período de útiles adelantos, bajo la -- iniciativa árabe, los cuales la convirtieron de puramente empírica, primero, -- empírica experimental, después, y luego en racional, si bien hay que reconocer no estaba exenta de errores. Todos los problemas que estas heridas planteaban fueron, en lo sucesivo, resolviéndose según las doctrinas imperantes en cada -- momento, y que desde JUAN DE VIGO hasta QUERALTO, y desde éste hasta la -- época de POBLACION, muchos de los preceptos de los ilustres cirujanos clásicos de la antigüedad han servido y se conservan en la terapéutica de las heridas -- ocasionadas por arma de fuego. La cauterización en el estupor de los miembros, la ligadura de las arterias, los estípticos, comprensión y cauterización en -- las hemorragias, las reglas para extraer los cuerpos extraños, los más severos consejos dietéticos, las sangrías generales, los resolutivos en las contusio -- nes, las curas tardías, el uso del agua fría como sedante y hemostático, la ma -- yor prudencia en la amputación de los miembros, la unión por primera intención de las heridas simples, y la supuración o unión por cuatro intenciones en las complicadas, los aparatos de fractura, la no comprensión excesiva de los venda -- jes, dilataciones para extraer los cuerpos extraños (abertura y contraabertura) los instrumentos para realizar dicha extracción, el modo de combatir la exube -- rancia de los mamelones carnosos que retrasan la cicatrización, el uso del vi -- no en fomentos, la rotura del callo para corregir las fracturas que se han con -- solidado dejando deformidad, etc. Todos estos recursos terapéuticos, nos fue -- ron legados, si bien en medio de errores como el abuso del cauterio y la poli -- formacia más extraordinaria.

Prosigue POBLACION diciendo en su memoria, que aún en el siglo XVI las heridas de arma de fuego debían ser tratadas como envenenadas, y así lo cree JUAN DE VIGO quién le agrega la cualidad de contusa, y recomendando para ellas la cauterización, que debía hacer estremecer las carnes de los -- heridos, las dilataciones y lechinación, extracción inmediata de proyectiles, amputaciones con el cuchillo rusiente y, por el punto gangrenado, quemando lue -- go hasta lo sano y, finalmente, sangrías de una manera terminante. Esta tera -- péutica, cuyos prosélitos, aunque escasos llegan hasta el siglo XVIII produjo males incalculables según atestiguó DIONISIO DAZA CHACON, quién habiendo com --



probado los funestos efectos del método de VIGO, empezó a aplicar, a imitación de un práctico italiano, el tratamiento de las heridas de fuego, simplemente, como contusas y, por tanto, de una manera sencilla. Esta terapéutica común y conocida respecto a las contusiones y heridas contusas, derribó, casi por completo, a la de JUAN VIGO.

En la misma memoria, se señala que BARTOLOME DIAZ-HIDALGO DE AUGERO, aún da un más rudo golpe a la terapéutica tan mutiladora y cruenta como la citada más arriba, pues rechazando la práctica a digerir, mundificar, encarnar, y cicatrizar (método vulgar), la sustituyó por el método de unir por primera intención todas las heridas por sutura cruenta (vía particular), rechazando a la vez todas las operaciones ferrales, especialmente en las heridas de cabeza.

Desde 1730, hasta finales de siglo, sigue diciendo POBLACION, aparecen numerosos cirujanos militares que dejan resuelta la cuestión de manera concluyente. La terapéutica de las heridas por arma de fuego, se acrisola en la pureza de la práctica de los campos de batalla y hospitales, fundada en la general de las heridas, de donde tomó origen, y siguiendo sus mismos progresos, llega a ser tan sencilla que se conquistó el nombre de "método español" que los cirujanos extranjero, dejando a un lado sus concepciones de bufete han tenido que adoptar como verdaderamente salvador. Algún error se procuró sostener aún, pero cayó fácilmente bajo la inflexible experimentación de QUERALTO y PELAEZ, últimos cirujanos notables del siglo XVIII.

IBARROLA, QUERALTO y PELAEZ, elevan la terapéutica de -- las heridas por arma de fuego, como dijo POBLACION, a la perfección que hoy -- tienen.

En cuanto al siglo XIX, dice POBLACION, que la cirugía conservadora siguió predominando a pesar de que SAN GERMAN y ARGUMOSA aceptaran la terapéutica más activa, que tal vez pasada la mitad del siglo se modificaba en los hospitales militares, y en los campos de batalla. Así durante la campaña de Marruecos, se ponen en práctica los preceptos conservadores, con un éxito por lo demás lisonjero. Se confía en los esfuerzos de la naturaleza sin

dejar de conceder al arte la parte que le corresponde, no se hicieron desbri-  
damientos preventivos, y los secundarios, solo cuando la indicación es termi-  
nante; se amputó muy poco, las curas fueron rápidas, sencillas, tardías y los  
apósitos se levantan al cuarto día; se usó la mayor prudencia en la extracción  
de proyectiles, procurando no molestar con graves maniobras a los heridos. A  
este respecto, recuerda MARCELINO GOMES PAMOS, en su memoria, el hecho anecdó-  
tico de que el general carlista ZUMALACARREGUI, había fallecido de haberle ex  
traído la bala, operación que creyó contraindicada BELLOQUI, su médico de ca-  
becera.

LAS LESIONES SEGUN EL TIPO DE PROYECTIL.-

En cuanto al tipo de lesiones que las distintas armas -- han producido, son descritas por GOMEZ PAMO (2). Dice este autor que cuando -- las heridas son producidas por una bala esférica, presentan casi siempre una -- solución de continuidad redondeada, de color natural o violado; el diámetro -- del orificio es proporcional al del proyectil, que recorre un trayecto más o -- menos profundo, con abertura de salida o sin ella; circunstancia que no siempre indica la existencia o falta de proyectil, pues bien pudiera romperse, y quedar algún fragmento en la herida, o bien parado en algún órgano hueco, y salir por una abertura natural. Estos orificios, cuando existan, no siempre son diametral mente opuestos, pues el de salida puede presentarse en puntos bien distantes, como diremos luego. Otras veces, choca la bala con el hueso y se fracciona. A medida que la bala pierde la forma esférica para tomar otra prolongada, atra - viesa con más facilidad los tejidos, siendo el trayecto en línea recta y el -- orificio de salida diametralmente opuesto. No siempre se producen hemorragias graves porque la retracción de los tejidos lo impedirá en gran número de casos; pero lo que generalmente agrava más estas heridas, es la penetración en cavida des importantes, las fracturas de huesos y las heridas de las articulaciones.

Sigue GOMEZ PAMO tratando de las balas de cañón, cascots de granada, metralla y otros proyectiles semejantes, que dice dan lugar a heri das irregulares, que tendrían las mismas consecuencias, pero proporcionadas a la causa que las produce, así como la contusión, el estupor y la conmoción que le siguen. La reacción que puede tenerse por favorable, cuando la inflamación y la fiebre son moderadas, no pocas veces pueden dar lugar a supuraciones --- abundantes, cuyos resultados son, generalmente, funestos, o a la gangrena o el esfacelo que no son menos graves y, finalmente, el tétanos.

Volviendo a la bala esférica, dice que adquiere una fuer za y una velocidad proporcionada a su peso y dimensiones de las armas y a la -- cantidad de pólvora empleada, a un movimiento de traslación que verifica en -- forma de parábola, y a otro de rotación de su eje central. Estos movimientos, de los proyectiles esféricos explicarían la forma redonda u oval de ciertas he

ridas, la dislaceración o el oblicuo trayecto de otras en que la desviación ha sido tal, que el orificio de salida se presenta en un punto bien distante de la elipse formada, además de otros fenómenos que tienen lugar en estas heridas. El fondo de la herida en que queda el proyectil, ha llamado la atención por -- las mayores dimensiones que tiene, comparado con el trayecto y orificio de entrada; pero este fenómeno, igualmente, puede atribuirse a la terminación de la parábola formada o a la continuación del movimiento de rotación, o a la dislaceración que sufren los tejidos con el peso de la bala.

En cuanto a los proyectiles cónicos, cilindro-cónicos u ovoides, dice GOMEZ PAMO que adquieren unos movimientos iniciales que conser - van en todo su trayecto que es hecho en línea recta; que penetran en la piel -- por un orificio sumamente pequeño, presentado el orificio de salida en la misma dirección; que ésta no varía con este tipo de proyectiles, porque el eje de su movimiento de rotación es longitudinal; que con estos proyectiles no se pue - den esperar desviaciones y mucho menos, si las armas que los despiden tienen -- sus cañones con ranuras, pues entonces imprimen a la rotación un movimiento es - piral con que penetran en los tejidos a la manera de un barreno.

MANIOBRAS PARA LA EXTRACCION DE PROYECTILES.-

En cuanto a las maniobras para la extracción de proyectiles, GOMEZ PAMO acepta como guía, en su narración, la manera de hacer de D. DIEGO DE ARGUMOSA quién introduce por la herida, con sumo cuidado, un instrumento punzante-cortante, que abra paso a la bala cuando se halle distante de la piel y que no puede señalarse con seguridad el verdadero punto a donde corresponde, pues cuando son perceptibles bastan simples incisiones de fuera-adentro para extraerlas. Como quiera que esta operación no era tan fácil, se trató de simplificarla, introduciendo por la herida el trocar de PETIT o el faringotomo en sus correspondientes vainas, y haciendo después de salvado el paso difícil una punción, que se dilataba luego, facilitando el paso a las pinzas o a las cucharillas. También, creía que otras veces no había indicación para la contraabertura, y en la precisión de extraer la bala, se hacía necesario practicar incisiones en las heridas, donde el orificio se ha reducido demasiado, para facilitar la operación. Prosigue diciendo, que si continúan en uso las balas cónicas cuya figura y modo de obrar son doblemente peligrosos, habrán de presentarse más número de indicaciones para dilatar la herida con objeto de extraer la bala en el primer momento, porque su permanencia causaría graves accidentes además de que por su posición en las carnes, no es accesible a que la arrastrase el pus. En cuanto a los cascos de granada y la metralla, por su irregularidad, requerían la mayor parte de los casos estas dilataciones. En cambio, cuando estuviese un proyectil alojado en las cavidades, había de respetarse la extracción, porque expondría al herido a correr grave riesgo. Cuando están engastados en los huesos deberían emplearse pinzas fuertes o, como ARGUMOSA, usando el gatillo de ramas rectas o el tirafondo, pero de ninguna forma, se debe actuar con violencia y, cuando las suaves tracciones no bastan, se debe esperar mucho de los esfuerzos de la naturaleza, preceptos que se han repetido cien veces por los buenos resultados que nuestros cirujanos han obtenido sabiéndolo guardar fielmente.

#### EXPERIENCIA EN HERIDAS DE GUERRA EN LA CAMPAÑA DE AFRICA.-

Prueba del interés que demostró la Academia por las suso dichas heridas fue que, además de las memorias comentadas y premiadas, se produjo en el mismo año de 1863, un muy interesante debate con motivo de la pre - sentación por parte de la Sección de Cirugía, de otra memoria del SR. HERNAN - DEZ POGGIO (3), el año anterior, que versaba sobre Enfermedades y Heridas ob - servadas durante la Campaña de Africa. La mencionada sección de cirugía, des - pués de extractar en un informe esta memoria, expuso su opinión sobre las ven - tajás e inconvenientes de los desbridamientos, de las irrigaciones de agua --- fría, de las amputaciones primitivas y secundarias y otros puntos importantes de la terapéutica de las heridas y, principalmente, de las ocasionadas por arma de fuego (4).

SANTUCHO (5) dijo en estos debates, que la comunicación de POGGIO se refería, fundamentalmente, a tres puntos:

1°.- Método de obrar los proyectiles durante la Campaña de Africa.

2°.- Método curativo de que se hizo uso.

3°.- Examen de algunos medios que merecen llamar más la atención, especialmente, en las heridas de las extremidades inferiores.

Para POGGIO, según SANTUCHO, experto médico militar, los proyectiles esféricos se abrían fácilmente paso por los músculos y cambiaban de dirección al menor obstáculo, al paso que los cónicos marchan más en línea recta y producen más destrozos confirmando que las heridas por estos proyectiles son siempre más graves. En cuanto al tratamiento debería ser simple facili - tando la disminución de las contusiones, la reacción previa y la cicatrización, decidiéndose por desbridar cuando las inflamaciones o el temor a la gangrena - hicieran preciso dilatar un poco la abertura. Sin embargo, la comisión académi - ca opinó que hay muchas ocasiones en que es preferible desbridar desde el prin - cipio cuando pueden temerse graves accidentes.

Se discutió la oportunidad de extracción de esquirlas, -  
diciendo POGGIO que podrían dejarse cuando no están enteramente desprendidas.

El tratamiento con el agua fría, no es útil para el au -  
tor de la memoria, pero la Sección opinó por el contrario que era muy útil pa -  
ra contener los accidentes primarios, pues en la guerra anterior se había usa -  
do con éxito.

En cuanto a las heridas vasculares, se mostró partidario  
decidido de las ligaduras; pero de las amputaciones prefiere las secundarias,  
a no ser en caso de mucha urgencia, actitud que, por lo demás, dice SANTUCHO,  
es aceptada por los prácticos españoles y que la Sección de Cirugía también --  
aceptó.

PROYECTILES EXPLOSIVOS EMPLEADOS POR LOS REBELDES DE CUBA.-

Para completar el estudio de las heridas de arma de fuego, habíamos de incluir los proyectiles de caracter explosivo-expansivo y cuya descripción tardaría más de treinta años en ser presentada a la Academia, y --veamos por que circunstancias. En 1897, en un discurso resumen de las tareas --del año anterior, dijo su Secretario Perpétuo JOSE IGLESIAS que los lazos en --trañables que unen a todos los españoles con nuestro sufrido y valiente ejercito y la civilización contra la barbarie, motivaron una soberbia comunicación --por parte de D. ALEJANDRO SAN MARTIN sobre el empleo de proyectiles explosivos por los rebeldes de la Isla de Cuba, a la cual respondieron, inspirados tambien en fines patrióticos y científicos, los Sres. MORENO y MARTIN PACHECO (6).

En esta comunicación, en las numerosas observaciones hechas en el debate promovido, deducimos las enseñanzas siguientes: que las ar--mas portátiles en esos años producían, además de los efectos contusivos y penetrantes ordinarios, otros explosivos, en contraste con las armas antiguas que solo a boca de jarro o a gran proximidad podían ocasionar explosiones; que los filibusteros cubanos empleaban balas explosivas de 12 milímetros y cónicas, cuya explosión se verifica al chocar con ciertos cuerpos, dividiéndose en infinidad de fragmentos; que se presentaban en las sesiones algún ejemplo de proyectil que no había estallado, y también dibujos de estos proyectiles; que éstos contenían en su interior un fulminante en forma de cruz que no estallaban cuando procedían de larga distancia, y prestaban por su corto alcance, escasa utilidad a los que los emplean, resultando muy imperfectos y, finalmente, que deberán distinguirse que las balas explosivas pueden aplicarse a todas las armas no necesitando fulminante ni materia explosiva, y solo exigían un pequeño tubo metálico (7), (8), (9).



#### LAS HERIDAS Y SUS COMPLICACIONES COMO TRAUMATISMOS.-

Dejando ya las heridas específicas por arma de fuego, y preocupándonos de las heridas y sus complicaciones como traumatismo, hallamos durante los años 1871-1872, en las sesiones literarias y académicas, largos debates en los que se rechazó el concepto de que el traumatismo es una mera le - sión mecánica o química extraña a la función viviente. En efecto, se puso de - manifiesto que por más que la forma de la herida y de la contusión, cualquiera que sea su género, dependen, principalmente, del agente y no es como en las -- fiebres eruptivas, un tipo especial emanado espontáneamente del organismo, no por eso el ser vivo desempeña un papel no menos importante y necesario que el agente mecánico o químico del traumatismo, por lo cual, dice MATIAS NIETO, que las causas traumáticas necesitan ser concebidas por el organismo, para que resulte algún fenómeno verdaderamente morboso (10).

Tal es la doctrina que observamos predomina en esta discusión sobre traumatismos que sirvió de fundamento para el diagnóstico, pronós - tico, etiología y terapéutica de estas dolencias. Se estudiaron también las -- complicaciones locales y generales de las heridas, la gangrena de hospital, la fiebre, la supuración, la puohemia, y la septicemia. La prevención y la cura - ción de los fenómenos más graves no se han fiado exclusivamente a las condicio - nes de la atmósfera, ni a las localidades, ni a los prolijos cuidados de aseo y ventilación, ni a la oclusión de las heridas, ni a su curación frecuente, ni a los estimulantes, ni a los tónicos, ni demás agentes encaminados a modificar el estado general; pero si bien se vió que ninguno de tales medios han parecido capaz de satisfacer las indicaciones usados exclusivamente, todos ellos uni - dos, y discretamente combinados, han merecido figurar como recursos eficaces y a menudo salvadores. También, podemos observar a lo largo de las discusiones - que se inculcó la necesidad de no perder de vista la lesión y la reacción, el estado local y el general, las condiciones de la atmósfera y del enfermo, sin juzgar por eso que pueda llegarse a penetrar, y mucho menos a dominar, todas - las causas, ya que se seguía aceptando la existencia de una causa general o ab - soluta forzosamente impenetrable, que es la fuerza misma que hace vivir, enfer - mar o morir, bajo esta o aquella forma accidental, lo cual es variable, pero - siempre de alguna manera, lo cual es imprescindible.

Y en cuanto a la terapéutica, se dijo en estos debates - del año 1871, que a los cirujanos españoles correspondía la gloria de haber si do los primeros en aconsejar muchos de los recursos que hoy se reconocen como más eficaces en el tratamiento de las heridas; a la cirugía conservadora y al método de las curas tardías son, como se repitió en los debates, tumbas de gloria que estamos obligados a conservar, huyendo sin embargo de toda exageración que pudiera comprometerlos.

Durante el año 1872, siguieron los debates y se trataron las cuestiones y se hicieron las preguntas siguientes: ¿es siempre la supura - ción consecuencia de la inflamación? ¿Que relaciones hay entre el traumatismo la puohemia y la septicemia? ¿Que parte corresponde a la medicina española en la invención y uso de medios a propósito para evitar los más graves accidentes del traumatismo? ¿Cuales son las ventajas y los inconvenientes de las aplica - ciones que pueden hacerse de la teoría celular a la terapéutica del traumatis - mo?.

La opinión de que puede la supuración presentarse en un punto y aún formarse, sin inflamación, se ha fundado en que aparecen, a menudo, tumores metastásicos y aún supuraciones directas, sin los signos que caracteri - zan un estado inflamatorio, y que no es lícito afirmar semejante estado cuando nada la manifiesta. Mas a esto se replicó que el orden general es engendrarse la supuración después de la inflamación, y que los casos al parecer excepciona - les, solo se fundan en no haberse visto indicios que acaso se revelarían a una investigación más diligente, no siendo lícito negar un hecho por la sola razón de no haberla observado. Se dijo también, que la inflamación es el tipo de toda función morbosa local, y la supuración sería siempre uno de tantos cuadros sintomáticos que realicen semejante tipo en una parte más o menos considerable. Se siguieron haciendo una serie de consideraciones demasiado filosóficas y poco inteligibles acerca de las relaciones de la inflamación y la supuración.

LAS CURAS TARDÍAS.-

Seguidamente se habló de las curas tardías, que con hartto fundamento se ha venido contando entre las glorias de la cirugía española. Se dijo que aunque no nos podíamos adjudicar exclusivamente el honor de este invento terapéutico, la discusión ha comprobado la justicia con que se atribuye a nuestros compatriotas la celosa observancia de un precepto cuya utilidad ha sido después universalmente reconocida. La exteriorización de las soluciones de continuidad, a todos aquellos tejidos que la naturaleza destinó a ser interiores y no lindar con los agentes del mundo exterior, no sería conveniente, por lo que por instinto se cubrieron las heridas, se hizo prevalecer en ella la reunión, la identificación, que ha de ser el fin constante de la función terapéutica natural. Se dijo también, que después vendría la exudación que reunen y cubren las partes interesadas y que no pueden por menos que ser arrastradas, en parte, cuando se renueva el apósito. Por eso, sería conveniente conservar éste todo el tiempo posible, exceptuando solamente aquellos casos en que lejos de convenir, viene a hacerse maligna y mortífera esa atmósfera orgánica de las soluciones de continuidad (11).

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS PROCEDENTES DE OPERACIONES.-

En 1880 CORTEJARENA, se expresaba con las siguientes palabras: "...Sabido es de todos, y principalmente de los que se dedican a la cirugía, lo mucho que hoy preocupa los ánimos el tratamiento consecutivo de las heridas de los operados. Cada día se acumulan nuevos modos de curación, se hacen desbridamientos y aplicaciones diversas, y así se han constituido métodos cada vez más complicados, y al decir de algunos, más útiles y de éxito más seguro"...

Dicho autor expuso un método muy sencillo, aplicado cada día con mayor éxito, y que desde años dijo lo venía sosteniendo en la prensa, en las Academias y en la cátedra.

La idea, al parecer, dijo le surgió al oír hablar continuamente de medios variados, para tapar las heridas tan herméticamente que no pudieran pasar por ella los más pequeños seres, cocos que pululan por el aire. Poco a poco fue suprimiendo en sus operados los ceratos, inyecciones, mechas, tubos, lavatorios, limitándose a tapar las heridas con ligeras piezas de apósitos, principalmente con algodón en rama, cuya sustancia, dijo haberla empleado por los años 1856 y 1857. Sin embargo, creyó que al algodón se le atribuían milagros que él, particularmente, no aceptaba, y aún considerando que era un apósito cómodo, muy limpio y manuable, lo sustituyó por el papel de seda que, habitualmente se emplea para envolver objetos pequeños y delicados. Como prueba del buen éxito obtenido con su método terapéutico, presentó seguidamente tres operadas recientes en quienes había aplicado el papel de seda en sus heridas - (12).

El tema presentado por CORTEJARENA, dió origen, como era frecuente en estas sesiones académicas, a discusiones donde se trataban principios y se consolidaban las doctrinas que habían empezado a tener crédito en la cirugía del momento, y en la que intervinieron numerosos académicos, ALONSO -- (13), LAZARO ADRADA (14), CORTEJARENA (15), SANTUCHO (16), CALVO (17), y CREUS (18).

Se dijo en estas discusiones, que conocidos eran desde -- muy antiguo los peligros que amenazaban a las heridas, ya por supuraciones exageradas, y a veces inagotables, ya sobre todo por las gangrenas, erisipelas, - fiebres y otros desordenes generales y locales de suma gravedad y que solían - producir, rápidamente, la muerte; pero lo que no se conocía era el porqué, ni un medio seguro de evitar tales accidentes. Pues bien, los conocidos experimentos, de PASTEUR vinieron a suministrar sobre tan interesante problema una teoría a propósito para servir de fundamento racional a la práctica.

Se continuó poniendo de manifiesto que lo más grave que - ocurría en tales casos era una degeneración de los sólidos y de los líquidos - del cuerpo vivo, que los aproxima al estado cadavérico, verificándose en ellos una mortificación análoga a la fermentación pútrida. Pues bien, ¿por qué no ha da ser la causa de esta fermentación viva el desarrollo de dichos parásitos? A la primera pregunta respondió PASTEUR con su doctrina, y a la segunda muchos - cirujanos a cuyo frente figuró el nombre de LISTER.

Sin embargo, en este año 1881, aún en España no se halla- ba de tal modo sancionada tal doctrina, ni establecida sobre bases tan indiscutibles como para que la Academia no examinara detenidamente el asunto. Por --- nuestra parte, considerando de suma trascendencia la infección, la teoría para sitaria, así como la asepsia y la antiseptia, les dedicaremos un capítulo aparte.

Los accidentes de las heridas, se dijo por un lado, dependen ciertamente de la constitución de los sujetos; pero se determinan por circunstancias exteriores, por condiciones de clima, de estación, de la localidad y, sobre todo, por la influencia de causas específicas que el análisis riguroso - va reconociendo como generaciones de seres microscópicos. Hagamos imposible la producción de estos seres y habremos conjurado el mayor peligro que amenaza la solución de continuidad.

Abundaron las consideraciones en apoyo de esta tesis, pues si por una parte la experiencia había acreditado ya que el contacto con el aire era peligroso en las soluciones de continuidad, por otra parte ya se comprendió

que lo que llevaba el aire a las heridas no era precisamente una influencia -- física o química, sino cierta acción vital, representada por un principio contagioso específico, que se manifiesta por series de determinados fenómenos, y se reproduce y multiplica como seres vivientes, por una especie de generación.

Si a esto se agrega que las investigaciones de la época habían dado ya la certidumbre de la existencia y propagación de seres microscópicos, y que la cirugía había hecho ya aplicaciones importantes de tales ideas con resultados muy satisfactorios, se habría de deducir que había motivos más que suficientes en los que poder apoyar sus doctrinas y sus esperanzas, los -- que propusieron el método antiséptico de LISTER para la curación de las heridas.

No obstante, aún hubo algunos recelosos que no negando -- la eficacia de los desinfectantes, ni menos la de las preocupaciones convenientes, dicen que esta actitud no debe de absorber, totalmente, la atención del -- cirujano, hasta tal punto que satisfaga su ánimo y le desvie del estudio de la fuerza interior, es decir, de la espontaneidad orgánica, en virtud de la cual se modifica o desaparece todo cuanto en la vida ha llegado a existir.

Vemos que en lo dicho hasta aquí, se vió cierta resistencia aún a la adopción de las nuevas teorías pero, no obstante, la Academia trató de contribuir a la consolidación de una doctrina médica suficientemente tradicional y progresiva a un tiempo.

Años más tarde, en 1885, NIETO SERRANO (19) dijo que, se volvía a hablar, nuevamente, de los dos métodos, al parecer, contradictorios y en el fondo conciliables: el de las curas al aire libre, y el de la oclusión -- de las heridas, tan recomendado por los prácticos españoles y favorecidos ya -- por la desinfección habilmente utilizados según las circunstancias; diciendo -- también que dos importantes auxiliares en la práctica de la laparatomía como -- en cualquier otra herida por operación grave.

El tema siguió interesando a la Academia, y prueba de -- ello es que en 1886, convocó un concurso de premios para 1887, sobre el título

"Señalar la influencia que tienen en los benéficos resultados de la cirugía -- moderna, las curas tardías, el desague, la limpieza y los procedimientos anti-sépticos". Desgraciadamente, a pesar del interés demostrado por la Academia, esta vez, no fue oída la llamada de la Corporación, pues no se presentó ninguna memoria a dicho concurso.

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- POBLACION FERNANDEZ, ANTONIO: "Memoria sobre el origen y vicisitudes de la terapéutica que han usado los cirujanos españoles en las heridas de arma de fuego". Memoria premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid año 1863. Página 53-54-55-56.
- 2 .- GOMEZ PAMO, MARCELINO: "Memoria sobre el origen y vicisitudes de la terapéutica que han usado los cirujanos españoles en las heridas de arma de fuego". Memoria premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid año 1863.
- 3 .- HERNANDEZ POGGIO: "Informe acerca de heridas y enfermedades padecidas durante la campaña de Africa". Libro de actas de sesiones literarias especiales y generales desde 1860 y de las literarias de 1861 a 1863 de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo I, Sesión Literaria del 19-II-1862. Año 1861 a 1863 (Manuscrito).
- 4 .- NIETO SERRANO MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1862, pronunciado en la solemne inauguración de 1863 en la Real Academia de Medicina de Madrid". Memorias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II. Año 1853 - 1865.
- 5 .- SANTUCHO Y MARENGO, JOSE M.: "Intervención en la discusión sobre la Memoria de HERNANDEZ POGGIO, referente a heridas de arma de fuego". Libro de actas de las sesiones literarias especiales y generales desde 1860, y de las literarias de 1861 a 1863, de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo I. Sesiones literarias del 8-I-1863 y del 5-II-1863. Año 1861-1863, (Manuscrito).
- 6 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1869, pronunciado en la solemne inauguración de 1896, en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría. Tomo II - Año 1881-1900.
- 7 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación sobre proyectiles explosivos". Ana-



les de la Real Academia de Medicina. Tomo 16; sesiones literarias del --  
23-V-1896, página 185, y del 6-VI-1896, página 191 y 192. Año 1896.

- 8 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Observación sobre los proyectiles explosivos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 16, sesión literaria del 6-VI-1896. Año 1896.
- 9 .- MARTINEZ PACHECO: "Observaciones sobre los proyectiles explosivos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 16, sesión literaria del 6-VI-1896. Año 1896.
- 10.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1871, pronunciado en solemne inauguración de 1872, en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo I. Año --- 1862-1880.
- 11.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1872, pronunciado en la solemne inauguración de 1873 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I Año 1862-1880.
- 12.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Nota sobre el uso del papel de seda en la curación de las heridas procedentes de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Sesión literaria del 24-IV-1880, página 211 y 212. Año 1880.
- 13.- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Observaciones sobre curación de las heridas de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Sesión literaria del 12-II-1881, página 63. Año 1881.
- 14.- ADRADA LAZARO, DIONISIO CELESTINO: "Observaciones sobre la curación de las heridas de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo III, sesión literaria del 12-II-1881, página 63, año 1881.
- 15.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Rectificación sobre curas de las heridas de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo III se

siones literarias del 7-V-1881, página 129 y del 14-V-1881 página 137. - Año 1881.

- 16.- SANTUCHO Y MARENGO JOSE M.: "Observación sobre la curación de las heridas de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo III, sesión literaria del 19-II-1881, página 67. Año 1881.
- 17.- CALVO MARTIN, JOSE: "Discurso sobre curas de las heridas de operaciones" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo III sesiones literarias del 25-II-1881, página 73 y del 5-III-1881, página 76. Año 1881.
- 18.- CREUS Y MANSO JUAN: "Discurso sobre curación de las heridas de las operaciones". Anales de la Real Academia de Medicina. Sesiones literarias - del 12-III-1881, página 97, del 26-III-1881, página 101, del 9-IV-1881, página 109, del 23-IV-1881, página 115 y del 21-V-1881 página 139. Año - 1881.
- 19.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1884, pronunciado en la solemne inauguración de 1885". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.



C A P I T U L O - V I

LA TEORIA PARASITARIA - LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA

AGENTES VIVOS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD

TEORIAS PARA EXPLICAR SU MECANISMO DE ACTUACION

EL PARASITISMO ENFRENTA DEL VITALISMO

LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA COMO CONSECUENCIAS  
AFORTUNADAS DE LA TEORIA PARASITARIA, VICISI-  
TUDES EN SU INSTAURACION

Reservado estaba al siglo en que vivimos el maravilloso hallazgo de un mundo de vivientes, que se agita bajo la lente microscópica, nunca sospechado -- por nuestros mayores hasta tiempos muy cercanos. (CORTEZO 1891), (1).

#### LOS AGENTES VIVOS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD.-

La teoría parasitaria fue recibida en España, e incluso dentro del seno de la misma Academia, con cierto escepticismo, en principio, -- de tal manera que durante largos años se suscitaron grandes polémicas sobre el particular ya que las teorías vitalistas, fuertemente arraigadas, habían encontrado su fin si se aceptaban las nuevas teorías parasitarias. Muestra evidente de tal escepticismo y aversión por dicha teoría la encontramos en las palabras de D. FRANCISCO CORTEJARENA Y ALDEVO (2): ... "Siento al mismo tiempo una penosísima impresión y no poco desconsuelo, cuando recuerdo con que facilidad muchos investigadores han olvidado, o mejor, han menospreciado estas preciosas -- investigaciones, dejando a un lado el estudio de la célula y tejidos, para pensar solo en míseros seres que en todas partes pululan, y consideran al cuerpo humano como un simple tejido apolillado y corroído por huéspedes destructores. Lástima grande en verdad, sustituir un sistema médico que fuera de las naturales exageraciones, como todos, ha podido formar un cuerpo de doctrina racional, por otro que se reduce en último término a matar en sus trincheras un enemigo, tan pequeño como recóndito, que se supone es el origen de toda enfermedad sin distinción de ningún género y hasta de la misma destrucción de los órganos por la vejez"...

Incluso ya en nuestro siglo (1902), se dijo en la Academia, y con motivo de una discusión suscitada sobre la patogenia y terapéutica -- de la neumonía (intervinieron entre otros, los Drs. MARIANI, ESPINA, CALVO, -- CORTEJARENA y SAN MARTIN), sorprendentes manifestaciones, teniendo en cuenta -- lo ya adelantado de la época. En tales debates, dijo IGLESIAS Y DIAZ, que no -- faltó quién recordase que un ilustre profesor había manifestado en la Sociedad

Británica de Ginecología que la moderna doctrina bacteriológica es un error - gigantesco y que otro compañero también había asegurado en uno de sus aforismos que dentro de diez años nadie hablaría ya de microbios.

Sin embargo, creemos conveniente arrancar de épocas más tempranas aún, y transcribir el pensamiento del mismo NIETO SERRANO (4) quién en 1873 dijo: "¿Por que dice la razón, no han de consistir la ciencia, la naturaleza, y la causa de las enfermedades en elementos organizados y aún en seres vivientes más o menos diminutos y microscópicos? Admitida tal hipótesis, tendríamos la base de una terapéutica, y acaso de una fisiología racional, y una vez conocida de plano la esencia de la enfermedad y de la curación, no parecerían tan misteriosa la conservación de la salud, el nacimiento y la muerte".

Sin embargo, a estos argumentos se han contestado que la teoría, efectivamente, sería cómoda si fuera verdadera, pero que desgraciadamente no podrá serlo al separar la enfermedad del hombre enfermo, localizándola en un animalillo o en vegetal microscópico, relegando de esta manera la patología a la fisiología animal.

Sigue NIETO SERRANO diciendo que para otros el animal da ño para un distinto ser no es ni puede ser la enfermedad; será a lo sumo la causa ocasional, pues para que una enfermedad se produzca, es necesario que el paciente la conciba dentro de su propia vida, y la devuelva en una serie de fenómenos peculiares y distintos.

Otros han pensado que sería más razonable considerar a esos seres parasitarios más bien como efecto que como causa de los estados patológicos.

Todos y algunos argumentos fueron considerados tan válidos que sin echar por tierra la teoría parasitaria, le ponen por lo menos un límite, no permitiendo que llegase a figurar como explicación absoluta de la patología y de la terapéutica, lo cual no quiere decir que no le permitan figurar dentro de la ciencia con la parte de derecho que legítimamente le corresponde. Se consideraba posible, pero solamente posible y no necesario, que un -

elemento organizado, un ser microscópico, intervenga, ocasionando y sosteniendo enfermedades.



#### TEORIAS PARA EXPLICAR EL MECANISMO DE ACTUACION DE LOS AGENTES PATOGENOS VIVOS.

---

Ya en 1881, MANUEL RIOZ PEDRAJA (5), recoge como opinión general aceptada que todas las enfermedades contagiosas por inoculación o por contacto, son producidas por la introducción en el organismo viviente de ciertos principios extraños produciendo las llamadas, comunmente, padecimientos -- miasmáticos o infecciosos. También es para este autor opinión general que existe gran analogía entre estas enfermedades y las alteraciones que los químicos designan con el nombre de fermentaciones, pero sin embargo, cree que no hay -- acuerdo en la naturaleza y modo de obrar de estos agentes morbíficos.

Por otra parte, el mismo RIOZ PEDRAJA nos dejó una puesta al día de las teorías aceptadas sobre el particular diciendo que hasta en -- entonces, se habían esgrimido dos teorías para su explicación: la titulada mecánica de WILLIS, STAHL y LIEBIG, y la fisiológica o vitalista fundada por TURPIN SCHWANN y otros observadores.

La teoría mecánica se basa en los fenómenos de la descomposición espontánea que sufren los seres organizados desde el momento en -- que privados de la vida, quedan expuestos a la acción de la atmósfera, requi -- riendo para ello aire y fermentos. Esta teoría, define los tres tipos de fenómenos denominados putrefacción, fermentación y combustión lenta, a los que que dan reducidas todas las descomposiciones ocasionadas por estos agentes. La putrefacción sería la descomposición que se establece en una molécula orgánica -- por la acción del aire exterior y que se extiende con o sin el concurso de esta causa a las demás moléculas de la misma materia. Las materias neutras, sulfuro-azoados e incristalizables, cuyo tipo es la albúmina, son las que dan origen a los fermentos y adquieren los caracteres propios de esta clase de agentes.

Si la descomposición del fermento, aunque iniciada por un primer contacto con el aire, continúa sin el concurso de este fluido el tipo de descomposición originado será una fermentación. Si por el contrario, se necesita el concurso permanente de este fluido, resulta el tipo de las combustiones lentas.

La causa de este fenómeno, prosigue RIOZ PEDRAJA, es para LIEBIG, mecánica, pues se basa en la ley de LAPLACE y BERTHOLLET que dice: "una molécula puesta en movimiento por una fuerza cualquiera puede comunicar - este movimiento a otra molécula que se encuentra en contacto con ella. El oxígeno del aire actuando químicamente sobre algunas moléculas de las sustancias sulfuro-azoadas o putrescibles, destruye el estado de equilibrio en que se encuentran sus elementos, venciendo así su inercia y facilitando entre ellas el juego de las afinidades que le son naturales, cuando no sufren la acción de la fuerza vital". Convertidas así en fermentos estas primeras moléculas, no solamente comunican su movimiento de descomposición a las demás que constituyen la masa putrescible, sino también a las sustancias no putrescibles que se hallan en contacto con ella, propagándose la descomposición de unas moléculas a otras según la ley de LAPLACE y BERTHOLLET.

La acción de los fermentos desempeña un papel importante en las funciones del organismo, tanto en estado de salud como de enfermedad pues estos llevan siempre consigo la disgregación de un cierto número de células, que si no son arrastradas y eliminadas inmediatamente por la sangre, quedarán en el punto de la lesión sufriendo las descomposiciones propias de su constitución química, es decir, alguna especie de putrefacción que las convierte en fermentos capaces de ocasionar alteraciones análogas en las células inmediatas.

Todos los hechos de producción de pus, por efecto de un cambio mórbido cualquiera, significa según esta teoría, una verdadera fermentación o un encadenamiento de varias alteraciones de esta clase.

La teoría fisiológica o vitalista considera la fermentación como un efecto de la manifestación de la vida de ciertos vegetales microscópicos pertenecientes al reino animal.

A la misma conclusión llega M. PASTEUR, cuyos estudios llamaron tanto la atención de los sabios que la Academia de París le concedió el Premio de fisiología experimental. Para este autor, los fermentos son seres organizados que solo funcionan mientras conservan su vida, por tanto, su acción es un fenómeno correlativo del acto vital y que los gérmenes de estos seres pro-

ceden todos del aire.

Que duda cabe que PASTEUR fue muy combatido, y así el mismo académico RIOZ Y PEDRAJA, dijo: "bastan a mi juicio estas indicaciones para que todo espíritu imparcial comprenda desde luego los muchos puntos vulnerables que tiene la teoría vitalista, y que no hay razón alguna, experimental ni teórica, que justifique la preferencia sobre la teoría mecánica de LIEBIG, que le otorgan en la época presente muchos médicos y fisiólogos". Nuestro autor deja la solución para esperarla de progresos futuros, pero le merece la más decidida preferencia la teoría mecánica del Barón LIEBIG.

La Academia, siguiendo su tradición de no permanecer al margen de los grandes acontecimientos científicos, convocó para 1885 premio a la mejor memoria relativa a la "Importancia Etiológica y Terapéutica del Parasitismo en Patología", cuestión acaso la más trascendental entre las que se ventilaban en el estudio de la ciencia, no tanto por lo que era en sí, sino por los graves problemas generales, cuya previa solución se hacía necesaria para llegar a la del caso concreto del parasitismo en patología. La Academia, con tal convocatoria, esperaba que se presentara algún trabajo que pudiera dar al tema del parasitismo en patología un desarrollo filosófico capaz de llamar la atención al público quizá para suscitar una reacción favorable en la función del pensamiento médico español. Su esperanza no fue satisfecha pues solo se respondió con hechos, bien recopilados desde luego, aumentados con datos originales de no escaso valor; pero no con doctrina discutida, sino con doctrina consentida y no del mejor género, aunque, disculpable en suma, por ser el género dominante en la juventud de aquel tiempo, y a cuyo impulso no era fácil resistir sin un blindaje de razón que solo se construye a fuerza de trabajo y de tiempo. Por ello, de las memorias presentadas, solo una fue designada con accesit, la que presentó mayor número de esfuerzos y de inteligente laboriosidad. Además, hemos de señalar otras dos memorias mas presentadas sobre el mismo tema: una "El Estado Actual y el Porvenir de la Doctrina Parasitaria", digna de mención honorífica; y la otra "Determinación de las Bacterias Conocidas y su Clasificación", que no obtuvo premio alguno.

#### EL PARASITISMO ENFRENTA AL VITALISMO.-

Aquella época se distinguió por ir a la búsqueda de la simplicidad patogénica, las corrientes más importantes iban a por la localización de las enfermedades, siendo por tanto muchos los que asignaron como causa única de la patología a los microorganismos, haciéndolo con tal exageración -- que quedaban muy pocas enfermedades de origen distinto y era presumible ya que con el tiempo, solo quedarán con etiología aparte los traumatismos, los heridos, envenenamientos y otros pocos.

Al lado de esto se encontraba la patología de VIRCHOW, - que es vitalista pura, su doctrina descansa en una desviación de las fuerzas - de las células histogénicas y heteropáticas, encontrándose pues en aquel tiempo situada entre la célula y el microbio.

Los que se afiliaron al microbio, no encontraron proporción entre los desórdenes y el número de bacilos y con esta duda hubieron de inventar un veneno las ptomainas que infecta los líquidos. Los partidarios de esta doctrina microbiologista, siguiendo a KOCK, eran también humoristas.

¿A cual de las dos corrientes se le debe la razón?, ¿a la de VIRCHOW, o a la de KOCK? Para JOSE DIAZ BENITO Y ANGULO (6), no se debía negar el parasitismo, que para este autor debe ocupar un lugar en patología, - pero a su juicio, aún no se le había asignado un papel definitivo. Dicho autor temiendo caer en el error de los organicistas, pensaba que no solo los microorganismos debían ser los causantes de las enfermedades.

Una de las polémicas más interesantes suscitadas en la Academia fue la surgida en 1887, con motivo de la presentación de un caso de CREUS (7)(8), de tuberculosis, generalizándose bien pronto el debate sobre infección y contagio, con las intervenciones de IGLESIAS (9), TABOADA (10), y SAN MARTIN (11). Se dijo que aunque las palabras infección y contagio eran muy antiguas, la experiencia las ha suscitado de nuevo, procurando elevarlas a la altura de una explicación racional de casi toda la etiología y fisiología patológica, pues entonces ya no podía escapar a los poderosos medios de investiga-

ción modernos, los muy variados seres capaces de producir distintas enfermedades. Las consecuencias iban a tener trascendental influencia en la terapéutica: utilizar determinados procedimientos antisépticos que aunque ya se habían utilizado antes intuitivamente, de esta forma sería racionalizados y consolidados y, en segundo lugar, esclarecimiento de la doctrina de la preservación morbosa mediante inoculaciones de enfermedades similares y, además, de dejar ver un -- campo cada vez más favorable, a los triunfos de la terapéutica y a los progresos de la higiene. .

Sin embargo, algunos de los que intervinieron en la mencionada polémica dice NIETO SERRANO (12), creyeron que había un tanto de exageración entre los defensores de las teorías parasitarias y dijeron: "¿Hemos de romper del todo con las tradiciones de la medicina, con las respetables enseñanzas de los ilustres antepasados, y ha de ser tan poderoso el entusiasmo por los nuevos descubrimientos que releguemos al olvido los venerables dogmas adquiridos por la experiencia de los siglos?, ¿no hay nada aprovechable en las doctrinas de la fuerza vital autógena y espontánea, de las predisposiciones y las diátesis? Romper con la historia y la tradición, es siempre, cosa grave, y así se ha considerado desde los tiempos más remotos, asegurando estos mismos autores que no pasaría mucho tiempo sin que estas flamantes teorías pasen.

Estudiando atentamente la discusión, prosigue NIETO SERRANO diciendo que, se podía apreciar, por lo menos, datos fehacientes, que -- constituyen un ramo de la Historia Natural, casi creado en nuestros días: la historia natural del vastísimo reino de los seres microscópicos. Por lo tanto, no hubo duda en aceptar a estos nuevos seres, así como a admitir sin discusión en determinados casos, el carácter etiológico que con razón se le atribuye al parasitismo en las enfermedades humanas, pero que aún, ni experimentalmente, -- se podría demostrar que todas las enfermedades humanas fueran de este origen y que por añadidura, ni racionalmente podría jamás demostrarse la necesidad de semejante origen. Como complemento a esta discusión, destacaremos que la Academia oyó con complacencia los estudios micrográficos sobre las preparaciones de los seres microscópicos, el modo de observarlos, colorearlos, aislarlos y clarificarlos, para llevar su historia natural a un grado análogo al que, al cabo de siglos de observación y de experiencia, han llegado ya los seres naturales apreciables a simple vista.

LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA COMO CONSECUENCIAS AFORTUNADAS DE LA TEORIA PARASITARIA. VICISITUDES EN SU INSTAURACION.-

---

Aceptados, aún parcialmente, estos principios, la cirugía moderna puede vanagloriarse de haber sacado ventajas ostensibles. Entre estos adelantos, la antisepsia y la asepsia, fueron las consecuencias.

La asepsia y la antisepsia tampoco fueron aceptadas sin más y sin ser sometidas a su depuración en la misma Academia. En 1890 con motivo de una comunicación de SAN MARTIN (13)(14), sobre lavado y raspado de la matriz, se entabló una discusión sobre tales procedimientos, actuando asimismo -CORTEJARENA (15) y CALVO (16), y siempre siguiendo la tónica de la Corporación de poner límite a las teorías, lo cual no quiere decir que significase desechar las o proscribir las, pues por el contrario, muy a menudo, fueron confirmadas o robustecidas, pues ella no aceptaría más que aquello que tuviese valor propio y consistencia dentro de sus respectivos límites.

Los grandes resultados a que los procedimientos asépticos y antisépticos han conducido al arte quirúrgico se hallaban ya a la vista de -todo el mundo; ahora bien, se dijo que si estos casos particulares daban motivo a generalizaciones ambiciosas o prematuras, culpase, o más bien discúlpase, por el natural entusiasmo, a quienes rebasan los límites prudentes. La Acade-mia, ya en esos momentos aconsejó con los brazos abiertos esta práctica saludable que tan visiblemente ensanchaba la benéfica influencia del arte de curar. Los cirujanos se dieron cuenta de la trascendencia del momento y, de esta manera, JULIAN CALLEJAS (17), en el discurso inaugural de 1891, reconoce la conmo-ción y las consecuencias tan trascendentales producidas por las teorías micro-bianas con las cuales habían ya immortalizado sus nombres KOCK y LISTER, y ---nuestro compatriota FERRAN. El paso siguiente, era el establecimiento de instalaciones antisépticas que, aunque ya existían algunas en España, era necesaria su divulgación, despertando este particular, también, animadas polémicas en la Academia, como el debate originado en 1890, con motivo de la presentación de -casos de amputación, escapulo-humeral (18)(19)(20), desarticulaciones del fém-ur (21), y resección de la articulación tarsiana (22). Muchas de las complica-ciones quirúrgicas, hasta aquí de tan oscura explicación, como las condiciones

metereológicas, se vió claro que eran infecciones producidas por la ingerencia de estos seres microscópicos como muy bien se expuso en la Academia en los debates surgidos en 1892.

En cuanto a la autisepsia también hubo de sufrir su depuración siendo analogamente motivo de enconados debates. En general, las críticas más duras fueron en contra de la exageración y generalización del método, como por ejemplo en el caso de la autisepsia peritoneal que no pudo resistir la crítica y el aval del tiempo. Sin embargo, la asepsia, fue mejor aceptada, lo que conllevaba a la limitación de los agentes antisépticos.

Bajo la forma de los microorganismos se produce un septicismo y, por tanto, los medios terapéuticos deben ser los antisépticos y en realidad no se necesitaría más que un solo medicamento para destruir el microbio patógeno; pero como este destruye y mata también nuestro organismo, hubo necesidad de ir descubriendo a otra multitud de agentes microbicidas. Esta acción nociva de la terapéutica antiséptica, era un evidente freno a su aplicación. Una crítica de la ola antiséptica la encontramos en las palabras de CORTEJARENA (23): "rompí lanzas contra aquel aparato escénico de las salas de operaciones, sobre todo contra aquellas fumigaciones de ácido fénico dirigidas sobre las superficies cruentas y, más principalmente, sobre el peritoneo; critica la idea que se generalizó del ácido fénico considerándola una panacea como único antiséptico, despreciando todos los agentes que hasta entonces se acreditaban como antipútridos". La atención de los cirujanos se ha dirigido en estos tiempos a la cavidad abdominal, que era realmente lo único que faltaba dominar a la medicina operatoria y los cirujanos que hicieron las primeras tentativas de abertura de la cavidad abdominal volvieron sus ojos a la antiseptia, dirigiendo sobre la membrana peritoneal las sustancias reputadas como antisépticas a la manera de los rayos destructores de los míseros microorganismo.

He dicho que a la sombra de la doctrina de la antiseptia han salido por todas partes operadores, considerándose como tales gran número de prácticos que no estando perfectamente preparados para una evolución tan repentina, han incurrido en el error de creer que podían hacerse todo género de intervenciones quirúrgicas sin reparar en nada... También nos daremos fácil --

cuenta del cambio de ideas que se ha verificado en breve tiempo, simplificando cada día más las curas de las heridas del vientre hasta los momentos actuales, en que llega a decirse que la antiseptia intraperitoneal de mayor mortalidad, según unos, es perjudicial, según otros, debe agandonarse, dicen algunos y el mismo LISTER confiesa su vergüenza por el spray, y da menos importancia a da - menos importancia a la antiseptia en el peritonéo, porque este es inepto para la absorción de materias sépticas, y he aquí, que nos hemos quedado reducidos al uso del agua caliente. Sin embargo la cirugía reconoce sin polémica en --- aquel tiempo, ya que la higiene bien aplicada, con el calor que destruye y el agua que limpia, es decir prácticas antiguas y sencillas, originó lo que llama mos asepsia. Una de sus muchas ventajas, fue limitar cada vez más el uso de an tisépticos al mismo tiempo que permitiría practicar la cirugía sin ayuda de -- tantos recursos antisépticos.

RIVERA (24), creía indiscutiblemente en la asepsia, pero pensaba, por el contrario, que la perfecta no podría alcanzarse, y consideraba al sublimado y al calor como los mejores antisépticos, declarándose partidario de los procedimientos mixtos de asepsia y antiseptia.

Ya en 1896, la voz de la Academia puesta en boca del MARQUES DE GUADALERZAS (25), haciendo un resumen de las opiniones vertidas a través de los debates, puso de manifiesto como todos los académicos convenían en aceptar, en esas fechas, sin discusión un reino de seres imperceptibles y cuyo descubrimiento y clasificación son debidos al siglo en que vivimos, que dichos seres son susceptibles de cultivar y que producen enfermedades en los organismos animal y humano. En cuanto a la asepsia, declaró también que no hay prácti co ilustrado que no se halle conforme con su valor, si bien podían variar las formas y algunos pormenores del procedimiento. Sin embargo, en cuanto a la an tiseptia, afirmó que con razón se habían puesto algunos límites bastante estre chos a su eficacia, y que cuando un veneno, tóxico o microbio se ha mezclado - intimamente con las células orgánicas, no hay forma de atacarlos a mansalva di rectamente.

En 1909, y con motivo de los debates suscitados en la co municación presentada por GUEDEA, puede apreciarse en ellos no solo la acepta ción de la nueva teoría parasitaria, sino mas aún, basándose en ella imponer -



criterios e indicaciones quirúrgicas sobre alguna de las enfermedades producidas por microorganismos. RIBERA, JIMENEZ, RECASEN, e ISLA, sostuvieron que en las gangrenas gaseosas, se hallaban comprendidas dos importantes cuestiones, la septicemia gangrenosa y la intervención quirúrgica inmediata, y de la cual opinaban estos autores no se podía prescindir por ser salvadora, escogiendo siempre el momento oportuno, y que debía elegirse un criterio conservador cuando hay lesiones nerviosas y colapso; que si este accidente no existe, ha de intervenir; que si surgen complicaciones de carácter séptico se ejecutarán las mutilaciones quirúrgicas necesarias, desde las primeras manifestaciones de la septicemia; que la gangrena gaseosa exige la amputación, sobreviniendo a veces tal accidente por no haber apelado, con oportunidad, a la cirugía. En cuanto al campo antiséptico, se defendieron los beneficios de los lavados de agua oxigenada.

B I B L I O G R A F I A

=====

- 1.- CORTEZO PRIETO, CARLOS MARIA: "La bacteriología y la terapéutica". Discurso para la recepción pública pronunciado en la Real Academia de Medicina. Madrid - Año 1891
  
- 2.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso contestación al de recepción pública de ADOLFO MORENO POZO, sobre constitución de la cirugía desde su origen hasta la época actual". Discurso para la recepción pública pronunciado en la Real Academia de Medicina. Madrid - Año 1894.
  
- 3.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1902, pronunciado en la inauguración de 1903 en la Real Academia de Medicina". Memorias de la Real Academia de Medicina. TomoXVII. Año 1903.
  
- 4.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1873 pronunciado en la inauguración de 1874 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina". Tomo I. Año 1881-1900.
  
- 5 - RIOZ PEDRAJA, MANUEL: "Naturaleza y acción sobre nuestro organismo de los miasmas, contagios y demás principios infectivos". Discurso inaugural pronunciado en la solemne apertura de la Real Academia de Medicina. Madrid - año 1881.
  
- 6 - DIAZ BENITO Y ANGULO, JOSE: "Algo de lo que se debe a los españoles en el progreso de las ciencias". Discurso inaugural pronunciado en la solemne - apertura de 1889 en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1889.
  
- 7 - CREUS Y MANSO, JUAN: "Exposición de un caso de resección del codo derecho" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 7, sesión literaria del 12-II-1887, página 68, del 26-II-1887, página 81. Año 1887.
  
- 8 - CREUS Y MANSO, JUAN: "Discurso acerca de la patogenia de la tuberculosis" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 7; sesiones literarias 5-III-1887, página 93; del 2-IV-1887, páginas 126 y 132; y del 23-IV-1887, páginas 133 y 134.



página 143. Año 1887.

- 9 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso sobre la patogenia de las tuberculosis y sobre un caso de resección del codo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 7. Sesión literaria del 26-II-1887, página 83; del 2-IV-1887 páginas 128 y 132, y del 23-IV-1887, página 140. Año 1887.
  
- 10.- TABOADA Y LA RIVA, MARCIAL: "Discurso sobre la tuberculosis quirúrgica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 7; sesiones literarias del 12-III-1887; página 123 y del 16-IV-1887. Año 1887.
  
- 11.- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Discurso sobre tuberculosis quirúrgica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 7; sesiones literarias del 30-IV-1887, página 144; del 7-V-1887, página 157 y del 14-V-1887, 24-V-1887, página 178. Año 1887.
  
- 12.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1887, pronunciado en la solemne inauguración de 1888 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
  
- 13.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación sobre efectos puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10; sesión literaria del 15-III-1890 página 97, año 1890.
  
- 14.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Discurso acerca de la terapéutica de las afecciones puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10. Sesión literaria del 24-V-1890, página 153.
  
- 15.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Comunicación sobre efectos puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10. Sesión literaria del 15-III-1890, página 99; del 22-III-1890, página 101; y del 13-V-1890. Año de 1890.
  
- 16.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Discurso sobre un caso de afección puerperal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10. Sesiones literarias del 10-

V-1890, página 148, y del 31-V-1890. Año 1890.

- 17.- CALLEJA Y SANCHEZ, JULIAN: "La enseñanza médica y la práctica profesional"  
Discurso inaugural pronunciado en 1891 en la solemne inauguración de la  
Real Academia de Medicina. Madrid 1891.
  
- 18.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Extirpación del homoplato con brazo y hombro y -  
cura antiséptica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10, sesión  
literaria del 8-II-1890, páginas 45 y 49. Año 1890.
  
- 19.- CALVO MARTIN, JOSE: "Observaciones acerca de extirpación del homoplato --  
con hombro y brazo y cura antiséptica". Anales de la Real Academia de Me-  
dicina. Tomo 10. Sesión literaria del 8-II-1890, páginas 46 y 47. Madrid  
1890.
  
- 20.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones acerca de extirpación de  
homoplato con brazo y hombro, y cura antiséptica". Anales de la Real Aca-  
demia de Medicina. Tomo 10. Sesión literaria del 8-II-1890, página 47 y -  
48. Año 1890.
  
- 21.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Comunicación de un caso de decolación del fémur"  
Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10. Sesión literaria del 10-  
V-1890, página 137. Año 1890.
  
- 22.- CREUS Y MANSO JUAN: "Comunicación acerca de un caso de resección tibio- -  
tersiana". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 10. sesión litera  
ria del 19-IV-1890, página 127. Año 1890.
  
- 23.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del pensamiento médico moderno  
ante la práctica". Discurso inaugural pronunciado en la solemne apertura  
de 1895 en la Real Academia de Medicina. Madrid Año 1895, página 61 y 62.
  
- 24.- RIBERA SANS JOSE: "Discusión sobre estadística operatoria". Anales de la  
Real Academia de Medicina. Tomo 16. Año 1896.

- 25.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1895, pronunciado en la inauguración de 1895 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 26.- GUEDEA CALVO, LUIS: "Algunas observaciones sobre la gangrena gaseosa aguda traumática". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 29. Sesión literaria del 24-IV-1909, página 261, y del 8-V-1909, página 267. Año de 1909.
- 27.- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas observaciones sobre la gangrena gaseosa aguda traumática". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 29. Sesiones literarias del 24-IV-1909, página 263 y del 8-V-1909, página 265. Año 1909.
- 28.- ISLA BOLUMBURU, ENRIQUE: "Continuación debate sobre gangrena gaseosa". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 29. Sesión literaria del 8-V 1909, páginas 266 y 267. Año 1909.
- 29.- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Continuación debate sobre gangrena gaseosa". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 29. Sesión literaria del 8-V 1909, páginas 266 y 267. Año 1909.
- 30.- JIMENEZ GARCIA, RAMON: "Continuación debate sobre gangrena gaseosa". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 29. Sesión literaria del 8-V-1909, páginas 266 y 267. Año 1909.

C A P I T U L O - V I I

LA ANESTESIA - LOS SUEROS Y LAS TRANSFUSIONES



LA ANESTESIA GENERAL

LA ANESTESIA LOCAL

EL COLAPSO OPERATORIO

SUEROS ARTIFICIALES

TRANSFUSIONES DE SANGRE



LA ANESTESIA GENERAL.-

La anestesia es un recurso supremo y único, bastante celebrado, de la cirugía moderna. Los españoles muy precozmente importaron las nuevas técnicas, lo cual no quiere decir que durante años, y como no, en el seno de la Academia, se establecieron enconados debates sobre su utilidad y peligros, diversidad técnica e indicaciones.

El académico D. JOSE BENITO RODRIGUEZ BENAVIDES (1), en su discurso inaugural pronunciado en 1887, nos dejó bajo el título de "Progresos de la Cirugía desde su origen hasta nuestros días", una visión histórica sobre tan maravillosa técnica. El autor dijo en su narración que la anestesia quirúrgica se debe a nuestro siglo, porque aún cuando venía propuesta como práctica quirúrgica desde MOORE, en 1784, y desde JOHN, HUNTER, y LARREY, quienes habían observado el alivio del dolor por la refrigeración, sin embargo, hasta el siglo XIX no se había empezado a usar, en varios casos, más que por WARREN, de Boston, MIGUEL FARADAY, CHISTISON, LONG, HORACIO WELLS y MORTON, y sin haber salido del dominio práctico de los dentistas hasta que el Dr. WARREN eterizó, en el Hospital de Massachussets, a un enfermo a quién iba a operar de un tumor vascular en el cuello, quedando desde entonces instituida la anestesia para aliviar el dolor durante las operaciones quirúrgicas.

Sigue diciendo RODRIGUEZ BENAVIDES que el Dr. PEARSON en 1785, inhaló el vapor de éter sulfúrico, y en el siglo XIX se estuvo usando -- hasta que en 1847, el célebre FLUORENS describió los efectos del cloroformo en los animales inferiores. Continuaron los ensayos sobre esta sustancia, y SIMPSON de Edimburgo, después de haber experimentado en sí mismo el medicamento, lo administró con la mayor inmunidad.

Prosigue el autor del discurso diciendo que parte, por consiguiente, desde SIMPSON, el uso del cloroformo como anestésico; pero antes de alcanzar una generalización completa sufrió en Inglaterra y en los Estados Unidos una decadencia que motivó que en ambos países surgiera una nueva reacción en pro del éter sulfúrico, a pesar de que en España, Francia y Alemania, se dió preferencia al cloroformo por su eficacia y seguridad.

Generalizada la anestesia quirúrgica, y todos los peligros de la anestesia general en algunos casos, urge la idea de la anestesia local para evitarlos, pero a pesar del entusiasmo de RICHARDSON, este medio no llenó el objetivo apetecido, porque la insensibilidad producida por la anestesia local es insuficiente, si han de practicarse sin dolor la generalidad de las operaciones quirúrgicas.

También se dice en el mencionado discurso inaugural que, durante el curso del siglo XIX, se ha intentado la anestesia por medio de las corrientes eléctricas, el éter, el cloral y el cloroformo en inyecciones intravenosas. El uso de los bisturíes anestésicos, y otros medios más, amplían los ya propuestos; pero solo demostraron más valor teórico que real y fueron de escasa utilidad práctica. Análogamente, el hipnotismo de MESMER llama la atención de algunos prácticos como medio anestésico-quirúrgico.

Finalmente, RODRIGUEZ BENAVIDES recordó como CL. BERNARD en 1859, con objeto de obtener anestésicos prolongados e inofensivos, hizo numerosos experimentos, creando los anestésicos mixtos, a cuyo efecto se valía de unas sustancias que prolongasen la acción anestésica de las otras.

Poco después de haber descubierto JACKSON la eterización y SIMPSON el cloroformo, D. BASILIO SAN MARTIN Y OLAECHEA, introduce en 1848 la anestesia general en España, e incluso obtiene un premio de una Corporación Científica por un trabajo que tendía a propagar y facilitar el uso de la anestesia quirúrgica, de la cual se mostró, desde luego, partidario entusiasta (2) y (3).

En las sesiones literarias celebradas en la Academia durante 1874, ya se trató de la aplicación precoz de la anestesia general en el dolor del parto (4). Se dijo allí que, como quiera que una serie de espírituosos estilos, usados en inhalación habían empezado a utilizarse para hacer soportables los más crueles procedimientos quirúrgicos, era lógico pensar que, siéndole la función del parto tan dolorosa para la mujer, sugeriría esta indicación. Ya se sabía que el cloroformo y demás anestésicos moderan y aún extinguen la sensibilidad, sin oponerse por eso a la acción contráctil del útero y de los músculos auxiliares del parto y que, por añadidura, también disipaban ciertos

espasmos incómodos y peligrosos. Por todo ello, y teniendo en cuenta que el -- cloroformo manejado por un profesor prudente y entendido, es por punto general inofensivo y exento de graves riesgos, fue considerado casi por consentimiento unánime, la intervención de los anestésicos en los casos que se salían del orden natural de sufrimientos llevaderos y aún convenientes para el buen desarrollo del parto, y constituían circunstancias extraordinarias que exigían la intervención del arte, interesado siempre en eliminar todo lo que en él hay de -- perturbador y contrario a los fines mismos a que se dirige (5)(6)(7)(8)(9).

Se dijo, también, que la supresión del dolor no debía -- ser asunto tan sencillo y de tan inofensivas consecuencias como a primera vista parecía, consistiendo la anestesia en un conato de muerte, o si se quiere, en una supresión parcial de la vida del individuo, preciso es que la acompañe el riesgo de una muerte total, sin que las más exquisitas precauciones del arte basten para aportar definitivamente tan funesta eventualidad. Por tanto, conocidos estos riesgos, era necesario fijar los casos en que el fin propuesto -- por la ciencia, mereciese arrastrar esta eventualidad.

Como quiera que no pasaron desapercibidos estos peligros por pequeña que fuese la operación, hubo de traerse, en muchas ocasiones, estas cuestiones al seno de la Academia, para que ésta contribuyera a su ilustración, llamando la atención de los prácticos y evitando el entusiasmo de algunos, movidos a prodigar una intervención terapéutica peligrosa, así como la timidez de otros que privaban de un recurso importante en determinadas situaciones. Las discusiones fueron severas, desapasionadas aunque a veces prolijas, -- apoyadas en consideraciones científicas y en hechos. La Academia, siempre exigente, no consideró bastante completa y original una memoria presentada en el año 1874 sobre los agentes anestésicos (10).

Merece destacar las aportaciones hechas por CREUS sobre el temible síncope clorofórmico. Dicho autor hace una descripción del mencionado síncope, con motivo de surgir en una enferma, hermana de la caridad, portadora de un tumor en la región carótidea.

Dice el autor:..."comenzada la operación y durante el --

el sueño, la enferma quedó de pronto como muerta en apariencia, sin pulso ra -  
dial ni cardíaco. Lo primero que hice fue colocarla con la cabeza colgando y -  
todo el cuerpo inclinado en  $45^\circ$ , cogí la lengua con una pinza, mientras un ayu  
dante practicaba la respiración artificial, yo repercutí fuertemente la región  
precordial para excitar el corazón. Después de minuto y medio se congestionó -  
la cara y empezó a salir sangre por la herida. Ya entonces titilé la epiglotis  
y la enferma comenzó a respirar, y a latir el corazón"... Dicho autor destaca  
como los accidentes más graves de la anestesia, la asfixia y el mencionado sín  
cope, e insiste en que hay que distinguirlos entre sí muy detenidamente. Es --  
digno también destacar como instauró ya, principios adecuados de reanimación,  
tales como la respiración artificial, golpes sobre la región precordial, y la  
aplicación de corrientes eléctricas (11).

Es lógico que, ante estos graves inconvenientes de la --  
anestesia clorofórmica, se buscaran nuevos anestésicos, pese a que en la Acade  
mia se escuchase una memoria con el título de "El Cloroformo bien administrado  
es inofensivo", y donde se atribuían todas las complicaciones a la impericia -  
del cirujano. De esta forma, se buscó la aplicación del bicloruro de metileno,  
que no tuvo éxito, considerándose como una mezcla de cloroformo y de otras sus  
tancias; pero sí la introducción del éter en España por FEDERICO RUBIO años --  
más tarde, que lograría desplazar al cloroformo. Otros autores propusieron una  
hemianestesia que el mismo CREUS la condenó, pues según él, no libra del dolor  
al operado y predispone al síncope. MURUA propone así mismo el fluoroformo que  
tampoco llegó a divulgarse (12).

### ANESTESIA LOCAL.-

Por tanto, a partir de la última década del siglo XIX se intensifican las publicaciones sobre una forma de anestesia que sin abolir la conciencia quitara el dolor y evitara las graves complicaciones referidas.

SANTERO (13), CORTEJARENA (14), A.S. MARTIN (15), IGLESIAS (16) y DIAZ BENITO (17), hablan con elogio del uso de la cocaína como agente anestésico, encontrándole ventajas en medio de algunos pequeños inconvenientes fáciles de eludir. Dicen estos autores que si por este camino se lograra el desideratum quirúrgico de obtener simplemente la anestesia de los tejidos sometidos a los instrumentos quirúrgicos en el acto de una operación, sin que la suspensión de la sensibilidad alcance a la totalidad del individuo, no solo inútilmente, sino con riesgos de su existencia, por atenuado que sea merced a la previsión y habilidad del operador, no hay duda que se habría dado un paso gigantesco en el sendero de la perfección de los procedimientos quirúrgicos.

Para RISTOL (18), las ventajas de la cocaína para eliminar el dolor en la ablación de tumores eran, al parecer, muy considerables sobre la anestesia general, pero pronto se hizo notar que aún la aplicación de la cocaína no deja de tener sus riesgos especiales.

Sin embargo, pese a algunos inconvenientes, se siguió -- prefiriendo la cocaína para la anestesia, por algunos autores, y así LOZANO -- (19), en 1901 presentó en la Real Academia trece casos de anestesia lograda -- por inyecciones sub-aracnoidea de cocaína. Este autor refiere que dicha anestesia está exenta de peligros y debe preferirse al cloroformo en las operaciones largas y en los enfermos debilitados y con miocarditis, resultando de gran utilidad en la histerectomía y en la laparatomía, por lesiones supuradas. Acepta la existencia de presentación de vómitos que los corrige con media taza de café. Ve como inconveniente, que el enfermo asiste con la integridad de los sentidos a la intervención y que no logra la relajación muscular necesaria en casos determinados. Mas cauto, CALVO, sostiene que ante pareceres contradictorios, solamente la experiencia y la razón se encargarán de valorar (20).

Un nuevo paso en la utilización de la anestesia local supone la aplicación de vasoconstrictores que disminuían la hemorragia en las intervenciones quirúrgicas. COMPAIRED (21), se proclama introductor en España de la aplicación del cloruro de adrenalina, presentando en la Academia 36 casos - en los que había practicado diferentes operaciones quirúrgicas. Sostuvo que dicho fármaco es mucho más potente vasoconstrictor que la cocaína y que carece - de los peligros de este último agente (cocainismo agudos y crónicos, síncope), proponiendo la aplicación conjunta, pues ambos medicamentos sumarían acciones preciosas para la terapéutica otorrinolaringológica.

Es necesario llegar al final de nuestro periodo (1911) - para encontrar aportaciones de gran valor, al basarse ya en numerosas casuísticas, que rebasaban miles de casos prácticos. GUEDEA (22), se confesó rotundamente adversario de la anestesia clorofórmica, y decidido partidario de la anestesia etérea, así como proclamó que la isquemia y la cocaína son la base de la anestesia local. Presenta asimismo una estadística personal, de mil operaciones en la que la tercera parte de los casos, fueron ejecutados con cocaína y - adrenalina bórica, sin haber observado fenómenos tóxicos. No obstante, señala como inconveniente de la anestesia local, la posibilidad de presentación de -- gangrena y de hemorragias secundarias por isquemia.

A pesar de lo avanzado de la época, se sigue sin unanimidad de criterio, ejemplo de lo cual son las aportaciones de ESPINA (23), RIBERA (24), CISNEROS (25), JIMENEZ (26), RECASEN (27), COMPAIRED (28), BOTELLA -- (29), y CORTEJARENA (30), quienes defendieron que el empleo del cloroformo se había generalizado con ventajas hasta en los cardiopatas en plena asistolia a condición de que fuera muy puro, aplicado por persona experta, y que con 28 a 30 grs se podía conseguir una anestesia sin riesgos ni peligros. Esta opinión queda ratificada en el Congreso Internacional de Cirugía de 1908, en el que la mayoría de sus miembros se mostraron partidarios de la anestesia general, y poco entusiastas de la local, en la que había mucho de sugestión, y que casuísticas de cirujanos con más de 12.000 operaciones practicadas con el cloroformo - demostraban que no era tan peligroso como algunos habían supuesto, pues se había utilizado incluso en niños, viejos y enfermos del corazón y riñones sin ningún accidente. Para estos autores la susceptibilidad individual es la causa -- principal de los fracasos por el cloroformo y, por tanto, proponen la anestesia

local, solamente, para operaciones no muy largas, o complementaria de la general. Además de los inconvenientes de ser incompleta, en algunos casos, puede - presentar conflictos hemorrágicos, sépticos y de dificultad de cicatrización - por primera intención, así como la adrenalina pudiera producir hemorragia cere  
bral en los arteriosclerosos.

En resumen, los autores últimamente mencionados, proponen únicamente la anestesia general por el éter o el cloroformo en las grandes ope  
raciones, asegurando no ser conveniente la anestesia local.

Cerramos, como hemos dicho, nuestro periodo historiado, en el año 1912, fecha en que aún continuaron las polémicas, durante este año, sobre las ventajas e inconvenientes de la anestesia general y local con el debate de GUEDEA (31), iniciado en el año anterior. En estos debates se discutie  
ron dos nuevos procedimientos de anestesia local, tales como la infiltración y la impregnación de los troncos nerviosos, como técnicas de amplias perspectivas así como las ventajas de este procedimiento en la extirpación del maxilar supe  
rior.

COLAPSO OPERATORIO.-

Es justo hablar del colapso operatorio en el capítulo de la anestesia ya que, sin duda alguna, esta técnica tuvo y tiene con este fenómeno patológico, imbricaciones sustanciales. La anestesia como uno de los factores causales fue requerida por algunos autores y rechazada por otros, pero - de lo que no hay duda en el momento actual, es la capacidad que esta técnica - llegaría a tener en la profilaxia, y tratamiento de esta grave complicación. - Este poder profiláctico y terapéutico no llegaría a desarrollarse hasta que el concepto de anestesia, interpretado, únicamente como abolición de la sensibilidad, no fuese sustituido por otro más amplio que, incluyendo este principio, - abarcase además la posibilidad y gobierno de las funciones vegetativas. Esta - nueva forma de interpretación sería muy posterior a la época historiada y solo se comprendería su utilidad cuando surgieron las nuevas teorías fisiopatológicas sobre la agresión quirúrgica. .

Decía MORENO POZO en 1895 (32), que el colapso operatorio fue pronto conocido por los cirujanos, y así DUPUYTREN en Francia, ARGUMOSA, - TOCA, VELASCO y otros en España, no solo lo conocían sino que habían logrado - disminuir su frecuencia, y todo ello a pesar de la desconsoladora frase de RIBERA quién, aún en 1907, manifestaba que del colapso apenas si sabemos nada -- (33).

ALEJANDRO SAN MARTÍN (34), relacionó la causa de esta complicación con la destreza del cirujano, la cantidad de cloroformo aplicada y - la de sangre perdida, de tal forma que, cuanto mayor fuese la destreza del operador, se usará menos cantidad de cloroformo y se perdiera menos sangre, sería tanto más raro que estos accidentes surgieran.

Otros autores, y entre ellos GUTIERREZ (35), creen que - el colapso ha sido atribuido, sin bastante fundamento, a la prolongación de la anestesia, pues, según ellos, esta complicación, se había observado siempre, - hasta en la dilatación de un pánadizo y en la extirpación de mamas. Creen más lógico responsabilizar su frecuencia en su tiempo al número de operaciones de vientre y de órganos genitales que antes no se hacían, y porque en nuestros --



hospitales no se operaba con altas temperaturas. Para este autor, la comprensión de los nervios y de los ganglios del abdomen sería la causa de que se observe en las operaciones practicadas en dicha cavidad.

RIBERA (36) tampoco creyó que el colapso operatorio pudiera atribuirse al cloroformo ni a la prolongación del acto quirúrgico pues la muerte por anestesia solía ocurrir en las primeras inhalaciones y, por otra parte, el colapso se presentaba también en operaciones de corta duración en -- tanto no se observaba generalmente en ciertas resecciones, como las de rodilla que no podían efectuarse con rapidez. Por otra parte, el mismo RIBERA señaló -- que, además de no producirse en las artrectomías de rodilla, tampoco se presentaba en las prolongadas autoplastias de la cara (37).

En cambio, citó un caso interesante sucedido en el curso de una decolocación del húmero en que justamente se presentó el colapso al cortar el nervio, observándose un estremecimiento del enfermo, seguido de muerte que no se supo a que atribuir.

En cuanto a los trastornos fisiopatológicos encontramos que solamente se conocía muy bien la caída de la tensión arterial, producida -- (de ahí su nombre), hecho sobre el cual incidirían los distintos intentos terapéuticos.

#### SUEROS ARTIFICIALES.-

La terapéutica fluidoterápica muy rudimentaria, en relación a como posteriormente se concibió, tuvo sus primeros balbuceos en aquella época, en la cual se aportaron hechos y se sentaron bases fisiopatológicas incluso erróneas.

Desde algunos años, los sueros artificiales se venían -- usando para la terapéutica de diversas enfermedades. En cuanto a su eficacia -- para prevenir y combatir el colapso operatorio, era evidente para muchos autores, y así GUTIERREZ (38) la defiende, ante la Academia, basándose en que en -- el colapso se deprimía la tensión vascular que, indudablemente, las inyecciones de suero artificial aumentaba. Por eso dicho autor aconsejaba su empleo durante algunos días antes de la operación, en el acto operatorio, después y -- cuando se iniciaba el colapso. En este caso aconsejó, en principio, emplear de 20 a 40 grs de suero en cada inyección.

Las inyecciones hipodérmicas de suero, al parecer, producían una serie de efectos idénticos, sea cual fuere el líquido que se introducía bajo la piel, y con tal que reuniese las dos condiciones de no poseer acción tóxica y que no produjese efectos locales. Según IGLESIAS, estaba demostrado que habiéndose utilizado ya diversas sustancias, con todas se había obtenido el aumento de la tensión y de vitalidad de forma similar a como lo habían conseguido los sueros artificiales de CHERON y de HUCHARD.

Este mismo autor, nos ha dejado la composición de los sueros de MALASSES y de HAYEN por lo que sabemos que el primero está constituido por goma arábiga y tres partes de una disolución, también de agua, de partes -- iguales de sulfato de sosa y de cloruro de sodio puro, de cuya mezcla pueden -- inyectarse de 40 a 50 grs cada 6 horas, es decir, de 100 a 200 grs en todo el día.

En cuanto a la acción beneficiosa de los sueros artificiales, IGLESIAS la fundaba en el hecho de que en el plasma de la sangre existen sales inorgánicas en la proporción de 6 a 8 por mil, pero en esta terapéu-

tica, así como en otra llamada lavado de la sangre, y por la cual se introduce en las venas un líquido, también constituido por agua y corta cantidad de sa - les, el agua desempeñaría un importante papel, pues con ella sola, via hipodér mica, se habían logrado efectos incluso calmantes, muy semejantes a las sales de morfina (39).

#### TRANSFUSIONES DE SANGRE.-

Si rudimentarios eran los conocimientos sobre los sueros en esta época, también lo eran asimismo, las escasas aportaciones que hemos encontrado sobre la transfusión sanguínea.

Sin embargo, ya en 1979, hemos hallado, no solamente la presentación en la Academia de cinco casos de transfusiones sanguíneas lleva - das a cabo, sino algo tan importante como la aceptación de una indicación in - discutible, tal como la pérdida de sangre copiosa. De los cinco casos presenta - dos, tres fueron seguidos de curación y dos obtuvieron un resultado dudoso, en cuanto a su pretensión para remediar la anemia subsiguiente y hemorragia u --- otras causas. Con este motivo se examinaron los procedimientos adecuados para practicar esta operación y de las circunstancias en la que dicha terapéutica - pudiera ser ampliada, dejándose ver la esperanza de que en un futuro pudiera - ser ampliada su indicación para influir con ventaja en el curso de algunas en - fermedades (40).

JOSE DIAZ BENITO y ANGULO (1889), en un discurso inaugu - ral titulado "Algo de lo se debe a los españoles en el progreso de las ciencias médicas", dijo encontrar las causas del retraso en la implantación y generali - zación en España de las técnicas transfusionales. Para este autor, las mencio - nadas causas serían: "el ser una técnica no exenta de riesgos; por ser pequeño el arte para volver la vida al que se queda sin ella, por edad senil o por en - fermedad incurable; porque se debe creer en la difícil asimilación de la san - gre que ingresa para reemplazar la del enfermo; porque se ignora si la inyecta da goza de la cualidad de dar vida, teniendo en cuenta que cada uno elabora la suya para sus necesidades, y otras varias consideraciones que pudieramos apun - tar"... "Tal ha debido ser la causa de no generalizarse entre nosotros con el resuelto empeño que se ha visto en el extranjero"... (41).

Sin embargo, a pesar de que los resultados obtenidos no - fueron, en principio, lo suficientemente brillantes, no dejó por ello de seguir preocupando esta modalidad terapéutica, y prueba de lo dicho fue que en 1901, el prestigioso académico USTARI eligiera para su discurso de recepción pública

precisamente, el tema de la "Transfusión sanguínea".

USTARIZ (42), creyó que la transfusión de sangre sería - beneficiosa en todos los estados morbosos en que la alteración de la sangre, - ya en cantidad, ya en calidad, haga imposible satisfacer las necesidades fisiológicas del organismo, pues según él, ni aún los mayores enemigos de la transfusión se han atrevido a negar su utilidad en las grandes hemorragias por heridas, o después de partos u operaciones. Por otra parte, creyó podrían ampliarse sus indicaciones a casos de leucemia, clorosis e hidremia; en las intoxicaciones por óxido de carbono, en la uremia y en los trastornos ocasionados por el éter y el cloroformo; en las asfixias por sumersión, catarros crónicos del estómago, puohemia y septicemia que se presentan como accidentes de los grandes traumatismos o de ciertas infecciones.

El Dr. CORTEZO (43), que llevó la voz de la Academia con su discurso de contestación al de USTARIZ, destacó un caso citado por este último, que su sola observación detenida bastaría para acreditar la discutida -- operación. Se trataba de una mujer amputada de muslo, y que hallándose casi moribunda por la inmensa pérdida de sangre que sobrevino tras el desprendimiento de una ligadura, se reanimó de tal forma que en sus ojos apareció la luz y la expresión, que había estado casi extinguida, en sus labios el color y la sonrisa, en sus arterias y corazón el latido, y en sus respiraciones la tranquilidad y el ritmo normal. El final pues, fue obtener la más completa curación en muy breve plazo.

En el mismo discurso de contestación CORTEZO expuso su - sospecha de que en la sangre de los animales inferiores, infundida en el torrente circulatorio del hombre, pasaría a ser como un esfacelo circulante, en cuanto a sus elementos, formas y que, quizás, solamente obrase por los elementos líquidos del plasma. En otra parte de su discurso, dicho autor toca un punto - de bastante actualidad entonces, tal como la superioridad terapéutica o no de los sueros artificiales sobre la transfusión de sangre. Dice este autor que -- aunque se sostiene que la cantidad de sangre puede determinar trastornos que - conducen a la muerte y que estos se pueden corregir con las inyecciones de sueros artificiales; y que se reconozca que con la transfusión, gran parte de los elementos contenidos en el líquido nutricio se pierden y desaparecen por las -

manipulaciones operatorias, o por la falta de adaptación dentro del organismo, no obstante, este sin embargo podía aprovechar otros factores no menos impor -  
tantes, de tal manera que, aún con esos inconvenientes, cree que podía consider -  
rarse a la transfusión como superior remedio terapéutico que los sueros artifii -  
ciales.

Para cerrar este capítulo, diremos que deberá quedar bien claro que respecto a estas cuestiones tan trascendentales y fecundas en la bio -  
logía y medicina como son los sueros artificiales, la sangre y las transfusione -  
nes al hombre, los ilustres académicos contribuyeron al esclarecimiento y orden -  
nación que era susceptible dar en aquel tiempo, donde dicha materia aún se enen -  
contraba en embrión, reconociendo como es forzoso las dudas y misterios que en -  
cerraba aún y cuyo esclarecimiento solo fue posible tras futuras y afortunadas  
investigaciones llevadas durante muchos años posteriores.

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Progresos de la cirugía desde su origen hasta nuestros días". Discurso inaugural pronunciado en la Real Academia de Medicina. Madrid 1887.
- 2 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Cirugía de aparato circulatorio". Discurso inaugural pronunciado en la Real Academia de Medicina. Año 1902. Madrid 1903.
- 3 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1902, pronunciado en la Real Academia de Medicina en la inauguración de 1903". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII. Año 1903.
- 4 .- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Uso de los anestésicos en general, su aplicación al parto". Actas de sesiones literarias. Tomo 6. Sesiones literarias del 26-II-1874, del 12-III-1874, del 7-IV-1874, y del 28-V-1874. Año 1978. (Manuscrito).
- 5 .- CASAS DE BAUTISTA, ROGELIO: "Observaciones sobre el uso de los anestésicos en general, su aplicación en el parto". Libro de Actas de sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo 6. Sesiones literarias del 12-III-1874, del 26-III-1874, del 7-IV-1874, y del 7-V-1874. Años 1873-1878. (Manuscrito).
- 6 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones sobre el uso de los anestésicos en general, y su aplicación en el parto". Libro de Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo 6. Sesiones literarias del 16-IV-1874. Años 1873-1878. (Manuscrito).
- 7 .- BENAVENTE GONZALEZ MARIANO: "Observaciones sobre el uso de los anestésicos en general, y su aplicación en el parto". Libro de Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo 6. Sesión literaria del 23-IV-1874. Año 1873-1878 (Manuscrito).
- 8 .- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Observaciones sobre el uso de los anestésicos en --

general, y su aplicación en el parto". Libro de Actas de sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo 6. Sesiones literarias del 23-IV-1874, del 30-IV-1874, del 7-V-1874, del 28-V-1874. Años -- 1873-1878. (Manuscrito).

- 9 .- MENDEZ ALVARO, FRANCISCO: "Observaciones sobre el uso de los anestésicos en general, y su aplicación en el parto". Libro de Actas de las Sesiones Literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo 6. Sesión literaria del 28-5-1874. Años 1873-1878. (Manuscrito).
- 10.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Resumen tareas de 1874, pronunciado en la Real Academia de Medicina en la inauguración de 1875". Memorias de Secretaría. Tomo I. Años 1862-1880.
- 11.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Síncope clorofórmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VI. Sesión literaria del 10-IV-1886. Año 1885-1886.
- 12.- MURUA: "Comunicación acerca del fluoroformo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX, sesión literaria del 31-III-1900, página 176. Año de 1900.
- 13.- SANTERO Y MORENO, TOMAS: "Discurso sobre aplicaciones locales de la cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VIII, sesión literaria - del 28-IV-1888, página 278. Año 1888.
- 14.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones acerca del empleo tópico - de la cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VIII, sesión literaria del 9-VI-1888, página 279. Año 1888.
- 15.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones acerca del empleo tópico de la cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VIII, sesión literaria - del 9-VI-1888, página 298. Año 1888.
- 16.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Observaciones sobre el empleo de la cocaína. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VIII, sesiones literarias del -- 9-VI-1888, página 299. Año 1888.



- 17.- DIAZ BENITO Y ANGULO, JOSE: "Observaciones acerca del empleo tópico de la cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VIII, sesión literaria del 9-VI-1888, página 297. Año 1888.
- 18.- RISTOL: "Cocaína, sus efectos fisiológicos y aplicaciones en oftalmología" (Dictamen de la Sección de cirugía). Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, página 127. Año 1889.
- 19.- LOZANO GARCIA, RICARDO: "Sobre la anestesia por inyección de cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Sesión literaria del 13-IV-1901, página 183. Año 1901.
- 20.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Nota sobre la anestesia por inyección subaracnoidea de cocaína". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. - Tomo XXI. Sesión literaria del 13-IV-1901, página 183. Año 1901.
- 21.- COMPAIRE CELESTINO: "Clorohidrato de adrenalina". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII. Sesiones literarias del 1-II-1902, página 71. Año 1902.
- 22.- GUEDEA CALVO, LUIS: "Debate sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesiones literarias del 4-II-1911, del 11-II de 1911, página 110, y del 8-IV-1901, página 283. Año 1911.
- 23.- ESPINA CAPO, ANTONIO: "Observaciones sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesión literaria del 11-II-1911, página 111, año 1911.
- 24.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesión literaria del 11-III-1911, página 132, 133, y 134. Año 1911.
- 25.- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Discurso sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 18-III-1911, - página 227, año 1911.

- 26.- JIMENEZ GARCIA, RAMON: "Anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 25-II-1911, páginas 115, 116 y 117. Año 1911.
- 27.- RECASENS Y GIROL, SEBASTIAN: "Anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 25-II-1911, páginas 115, 116 y 117. Año 1911.
- 28.- COMPAIRED CELESTINO: "Discurso sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 11-III-1911, página 132, 133, y 134. Año 1911.
- 29.- BOTELLA MARTINEZ, ERNESTO: "Anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 25-II-1911, páginas 115, 116 y 117. Año 1911.
- 30.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesiones literarias del 18-III de 1911, página 227 y del 1-IV-1911, página 231. Año 1911.
- 31.- GUEDEA CALVO, LUIS: "Anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo XXXII. Sesiones literarias del 10-II-1912, página 96, y del 17-II-1912, página 97. Año 1912.
- 32.- MORENO POZO, ADOLFO: "Terminación del discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 20-IV-1895, página 117. Año 1895.
- 33.- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica". Discurso inaugural pronunciado en la Real Academia de Medicina en 1907. Madrid 1907, página 8.
- 34.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 16-III de 1895, página 86. Año 1895.

- 35.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Discurso sobre estadística operatoria". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 23-V-1895, página 144. Año 1895.
- 36.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 27-IV-1895, página 121. Año 1895.
- 37.- RIBERA SANS, JOSE: "Contestación a los discursos sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria de 19-V-1895, página 141. Año 1895.
- 38.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Observaciones referentes a las inyecciones de suero artificial". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 20-IV-1895, páginas 114 y 115, año 1895.
- 39.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Inyecciones de sueros artificiales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 2-IV-1895, páginas 118, 119 y 120. Año 1895.
- 40.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1878, pronunciado en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría. Tomo I. Año 1862-1880.
- 41.- DIAZ BENITO Y ANGULO, JOSE: "Algo de lo que se debe a los españoles en el progreso de las ciencias médicas". Discurso inaugural pronunciado en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1889.
- 42.- USTARIZ Y ESCRIBANO, JOSE: "La transfusión de sangre". Discurso para la recepción pública en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1901.
- 43.- CORTEZO Y PRIETO, CARLOS MARIA: "Discurso contestación al de USTARIZ sobre la transfusión de sangre". Discurso para la recepción pública en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1901.

C A P I T U L O - V I I I

TUMORES MALIGNOS

#### INTRODUCCION Y GENERALIDADES

##### EL EPITELIOMA

- Concepto
- Clínica e Histología
- Naturaleza y Etiología
- Tratamiento

##### EL CANCER

- Definición
- Formas clínicas
- Leyes que rigen la malignidad de las neoplasias.
- La extirpación en el tratamiento del cáncer.
- La reproducción del cáncer
- La linfadenectomía sistemática en el tratamiento del cáncer.

# INTRODUCCION Y GENERALIDADES.-

En 1876, con motivo de la presentación en la Academia de un hecho clínico, se abrió un debate que duraría dos años, acerca de algunas particularidades de los tumores. El hecho clínico presentado parecía confirmar el origen diatésico de tales enfermedades.

¿Que juicio debe formarse la ciencia acerca de los tumores? ¿Como habían influido en el arte quirúrgico los adelantos de otras ramas de la ciencia, más o menos relacionadas con él? ¿Cual es la terapéutica más acertada que debería aconsejarse en la práctica? Estas y otras cuestiones fueron dilucidadas por los Sres. Académicos que hicieron uso de la palabra.

Dice MATIAS NIETO SERRANO (1), en su discurso resumen de las tareas de la Academia de 1876, y en el que trató de recoger todo lo esencial de los debates, que "la ciencia de los tumores era en su tiempo ya más completa que anteriormente, y no puede menos de serlo más cada día, si nos fijamos exclusivamente en su parte analítica. ¿Se ha perfeccionado igualmente su parte sintética? No dudan en contestar afirmativamente los que solo ven en la síntesis un mero resultado del análisis; pero se mantuvieron en más prudente reserva los que ven en toda síntesis viviente lo que ya se advierte en las composiciones químicas: una calidad singular y característica que distingue al todo de las calidades de sus factores, haciendo que las cantidades sumadas de estos últimos no alcance a definir suficientemente el conjunto. Esto hizo que la clasificación y diagnóstico de los tumores fuera hecha en clases exclusivamente patológicas y clínicas, y así se podía justificar la antigua distinción entre malignos y benignos, consagrada por la práctica".

Prosigue el secretario perpétuo diciendo que, después de reconocida la parte que corresponde en los tumores a la espontaneidad y especificidad patológica, cabe estimar en todo su valor los caracteres anatómicos, y establecer bajo este punto de vista subdivisiones secundarias que podrían auxiliar en gran manera a la cirugía. Mas esta anatomía, propia de los tumores, debe ser también patológica y distinguirse de la fisiológica, en su conjunto al menos, el tejido morbozo no puede ser idéntico al tejido sano.

Más adelante, sigue diciendo que al descender a los elementos, vemos reproducirse la indicada contraposición entre la síntesis y el análisis, mientras conserva siempre aquella, su forma original y característica, la otra, puede llegar hasta fenómenos o partes que, considerados por sí solos, sean comunes al estado de enfermedad y al de salud, pero como ya se había dicho y repetido en la discusión, el análisis puro no da la síntesis en medicina, pues así como en otra esfera, la separación y clasificación metódica de los materiales de un edificio no da, ni puede dar, el edificio mismo. Cualquiera que sea el valor de los datos histológicos, y desde luego es considerable para la ciencia y puede serlo para el arte, solo significa la importancia de la obra construida por el proceso morboso, no traduce el proceso mismo, la formación actual y presente de la enfermedad, el trabajo inmanente de los órganos, en virtud del cual siempre posible, aunque más o menos probable, la curación y tiene su razón de ser la terapéutica.

Concluye NIETO SERRANO destacando que la discusión académica había difundido la luz sobre puntos interesantísimos de la historia de los tumores, había puesto de relieve circunstancias importantes para conocerlos, e indicaciones preciosas para curarlos. Había, asimismo, consolidado los derechos de la especificidad patológica de la diátesis, sin perjuicio del valor de los múltiples datos que debe la ciencia al análisis moderno. Mantuvo también la Corporación la idea consoladora de la curabilidad, descrita por NIETO como: "ancora de la humanidad doliente en el naufragio de la salud, estrella mágica que guía y sostiene el arte en las difíciles y a menudo dolorosas pruebas de la práctica".

En fin, creemos que ante tan arduo y complejo problema, estas discusiones sirvieron por lo menos para agitar estos grandes temas y -- mantenerlos vivos en la actividad científica, único medio de llegar a su posible solución en una materia tan trascendente que aún en el presente no hemos encontrado dicha solución.

Al margen de un sin fin de consideraciones filosóficas, las consecuencias prácticas de la discusión que, como hemos dicho, continuó -- durante el año 1877, fueron según dijo en otra ocasión NIETO SERRANO (2) destacar con insistencia el principio de la no esencialidad de tales alteracio -

nes patológicas, de su continuidad, con los tumores benignos y aún con las funciones normales, continuidad que no debe entenderse en el sentido de la identidad, lo cual sería absurdo, sino como un límite de la referida esencialidad, - que quita a la patología ese carácter fatal e irrevocable, que tanto se presta a la censura en la doctrina del nosologismo. Sin dejar de tener la función maligna un carácter específico que requiere atenta consideración, no es en el -- fondo más que un modo de realizarse el individuo, unidad subsistencia y lazo - de unión de todas sus funciones, sanas o enfermas. Por eso a la experiencia solo se dijo corresponde establecer los casos de probable incurabilidad, de operaciones urgentes y de éxitos más o menos problemáticos.

Solo nos queda decir de estas largas sesiones que también se trataron puntos particulares relativos al diagnóstico y la terapéutica de - los tumores.

En 1878 fueron presentados tres casos de sarcomas, uno - ocular operado con buen éxito, otro melánico en un brazo que exigía la amputación y otro en fin, voluminoso en el dedo grueso del pie. Pues bien, con este motivo se volvieron a hacer nuevas consideraciones acerca del carácter diatésico o no de estos males, probabilidades de reproducción y oportunidad de intervención quirúrgica.



### EL EPITELIOMA.-

Concepto.- En la Memoria premiada en el concurso de -- 1879, bajo el título Carácteres Diferenciales Histológicos y Clínicos entre el Lupus, el Epitelioma y el Cáncer ulcerado, donde bajo un exhaustivo estudio realizado por su autor, el Dr. SALVADOR CARDENAL Y FERNANDEZ (3), hemos de encontrar las doctrinas más usualmente manejadas en su época sobre los tumores.

Hemos de aclarar, que la mayor parte de los conceptos vertidos sobre la materia se refieren a la patología tumoral accesible en aquella época a la cirugía, siendo por tanto los tumores cutáneos la base de su estudio.

CARDENAL consideró al epitelioma como una entidad nosológica distinta del cáncer y cuya noción era en aquella época de reciente adquisición, y de por sí, menos grave, ya que con anterioridad los nombres de nolime - tangere, de estiome, de fungus, de cáncer y aún de lupus, servían para designar afecciones ulcerosas destructoras y corrosivas, refiriéndose muchas veces a verdaderos cánceres y epiteliomas.

Dice CARDENAL que al principio de siglo, algunos cirujanos sagaces percibieron ciertas diferencias clínicas del cáncer de piel, pero -- que fue preciso llegar a LEBERT, ROKITANSKY y a HANNOVER, para separarlo por -- completo con los nombre de cancroide, cáncer epitelial y epitelioma, pues se había observado que ciertas formas de la afección llamada cáncer, se distinguían por su naturaleza más frecuente y exclusivamente local, que se presentaban, comúnmente en la piel y que la terapéutica conseguía mayor número de curaciones -- que con el que se presentaba en otras regiones como la mama, y estando también menos sujeto a recidivas. Vieron estos autores que un cierto número de cánceres no eran otra cosa que producciones accidentales del tejido epitelial, origina - dos o procedentes de la capa mucosa de malpígio y de las prolongaciones que da ésta en el espesor de la piel, dándole el nombre de cancroide o epitelioma, si bien, BENNET da al término mayor extensión incluyendo tumores fibro-plásticos, fibrosos, sarcomatosos, dermoides, condromatosos y hasta tuberculosos, es decir procesos que sin ser verdaderos cánceres podrían ser confundidos con el verdadero cáncer. VIRCHOW por otra parte había limitado la expresión de cancroide tan

solo a aquellos casos en que aparecían en el espesor del tejido u órgano enfermo, huecos o alveolos rellenos de células que tenían el carácter epidérmico, -- siendo pues, solamente, las circunstancias de aparecer espontáneamente esas -- producciones epidérmicas características en la profundidad, hacían que un papiloma, por ejemplo, se convirtiera en cancroide.

Prosigue CARDENAL diciendo que, no obstante, no todos los autores aceptan esta separación, y así NELATON considera al epiteloma como una de las tres grandes variedades del cáncer clínico y BILLROTH, también, como la mayor parte de los autores alemanes, lo identifica con el cáncer. Autores españoles como MEDINA y GUTIERREZ (de Cádiz), hacen del epiteloma una especie clínica aparte, que colocan al lado del sarcoma y del cáncer; MORENO POZO, lo estudia como uno de los cuatro géneros de la familia que designó como -- tumores por modificación celular; FUENTE ARRIMADA (de Valladolid), separa por completo el epiteloma del carcinoma y, finalmente, CARDENAL por su parte, cree que: "lo que debe entenderse hoy por epiteloma, es una producción o neoplasma de naturaleza epitelial, siempre homólogo, es decir, procedente de otros tejidos epiteliales o epidérmicos preexistentes; de marcha, que por lo común, abandonada a si misma, concluye por ser invasora e infectante como por terminación mortal; pero que en los más de los casos, procede en todo mucho más lentamente que el cáncer vulgaris de los clásicos, y puede ser tratado científicamente y a tiempo con muchas más probabilidades de éxito.

Clínica e histología del epiteloma. -- seguidamente, pasa el autor de la memoria al estudio clínico e histológico del epiteloma, señalando que éste es un tumor casi siempre primitivo de la piel o de las mucosas, neoplasia epitelial de marcha lenta, pero con tendencia a producir graves destrucciones. En unas ocasiones, la lesión inicial estaría constituida tan solo por una pequeña escama elevada sobre las superficies inmediatas, en otros, el comienzo, es como una simple verruga, en otros un nodulito y, finalmente, en otros, el epiteloma empezaría como una especie de grieta o fisura. Permaneciendo más o menos tiempo bajo esta forma inicial, entraría el cancroide en un periodo de actividad, vascularizándose, escoriándose su superficie o agrietándose y constituyendo, al fin, una verdadera ulceración característica. Con muchísima frecuencia, la actividad invasora puede referir a una causa irritativa conocida y a una tentativa infructuosa de extirpación de la --

pequeña verruga, ya sea el empleo intensivo de ciertos causticos, siendo lo común que ese periodo de crecimiento vaya, de por si, acompañado de dolores más o menos intensos y que extendiéndose paso a paso puede llegar a destruir la nariz, el carrillo, los parpados, etc., acabando con la vida del enfermo de un modo extremadamente lento y más bien con verdadero marasmo o por infección séptica que por caquexia cancerosa.

Todo lo dicho hasta aquí, insistimos, en que se refiere a las localizaciones cutáneas del epiteloma, las de verdadera importancia quirúrgica en aquella época, pues como también señaló CARDENAL, que si bien el epiteloma se había presentado, aún cuando excepcionalmente, en órganos internos, al no ser estas localizaciones de incumbencia de la cirugía no había de detenerse en su descripción.

Naturaleza y etiología del epiteloma.- Seguidamente, pasó dicho autor a expresar su opinión sobre la naturaleza y etiología del epiteloma, aclarando que según su parecer, no era esta neoplasia un proceso simplemente inflamatorio, sino una verdadera neoplasia histógena. En cuanto a sus causas, aunque no se conocían condiciones etiológicas, es indudable, dice, que existan algunas predisponentes y ocasionales de la enfermedad para bastar explicar su producción, evitándonos el tener que recurrir a la creación de diátesis oncológica que le repugnaba aceptar ya en su época.

Recordamos que la diátesis cancerosa ya había sido motivo de grandes polémicas, por lo que CARDENAL pretende dejar bien sentado hasta donde debe aceptarse esta influencia. Si por diátesis, dice, hemos de entender tan solo una predisposición enteramente desconocida y oculta, residente en nuestros tejidos, que los predispone a padecer ciertas dolencias de preferencia a otras, entonces no tendremos ningún inconveniente en admitir su existencia, pero si diátesis ha de entenderse una modificación humoral, como han admitido ciertas escuelas, o como pretendía BAZIN, en su original patología, una enfermedad generalmente continua, caracterizada por la formación de un solo producto mórbido, que puede tener su asiento indistintamente en todos los sistemas orgánicos, entonces de ninguna manera podemos aceptarlo.

Tratamiento del epiteloma.- En cuanto al trata-

miento del epitelio, CARDENAL, manifestó no creer en ninguna terapéutica general interna, ni incluso, la aplicación del condurango, importado del NUEVO MUNDO en 1871, ni el arsénico, ensayado por una proporción de cirujanos en casos desesperados. En cambio, defendió el tratamiento local como el más heroico del epitelio, debiendo consistir en su destrucción completa y abarcando tres series de agentes: los causticos, el cauterio y el instrumento cortante.

De los cáusticos es el arsénico el mejor, a su juicio, para el tratamiento del epitelio, nunca aplicado de una vez, sino en la extensión de una pulgada cuadrada, y preparado en una pasta con calomelanos o mucílago de goma arábiga, lo suficientemente espeso para que no se corra. El cloruro de zinc como la potasa cáustica serían, también, elementos útiles en el tratamiento del cancroide. En cuanto al cauterio empleado por algunos autores, había sido sustituido por la galvanocautía, el termo-cauterio de PAGUÉLIN, etc. pero CARDENAL, no era partidario del empleo del fuego contra y para destruir esas neoplasias, porque dice que dado que ya en su estado natural, era difícil distinguir en ellos un territorio sano de otro epiteliomatoso, el fuego desfigura y homogeniza más aún esas partes, siendo casi imposible aplicarlo con un conocimiento exacto, y en la seguridad de destruir todo lo que pueda perjudicar.

En cuanto al tratamiento operatorio, sería el de elección, aplicando los principios siguientes:

1°.- Practicar la operación lo antes posible.

2°.- Para ser útil debe ser completo

3°.- Si existen ganglios linfáticos alterados de los que corresponden a la región enferma, se practiquen tan solo las operaciones, solo en el caso que sea posible con ella la extirpación.

4°.- Una vez extirpada la pieza, se examinen escrupulosamente sus superficies de sección para convencerse que está limitada por tejido sano.

Resumiendo, la postura de CARDENAL, respecto a la te-

rapéutica local, sería aceptar los cáusticos como regla general en la mayoría de los casos con epiteloma aún no muy extenso, reservándose la operación con el cuchillo (pues no era partidario de la ligadura ni del estrangulador para esas operaciones), para cuando no se cumpliesen las condiciones precedentes.

# EL CANCER.-

Concepto.- En cuanto al cáncer, CARDENAL hace un re cuerdo histórico desde HIPOCRATES hasta LEBERT señalando como el primero no so lo tenía conocimiento de esta terrible dolencia, sino que era conocedor de su doble tendencia a las recidivas y a infectar la economía en general. El segun do, ya con bases histológicas, estudia esta enfermedad creyendo descubrir en las neoplasias malignas un elemento característico al cual apellidó célula can cerosa, y a quién atribuyó, precisamente, la benignidad o malignidad de un tu mor, aún cuando el mismo con posterioridad comprendiese la imposibilidad de -- tal juicio, tan solo por la presencia de esta célula. También, recuerda CARDE NAL, que la palabra cáncer significa en griego o latín, cangrejo marino y que parece que, en principio, se aplicó a ciertos tumores de mama por lo que la ma yor parte de los escritores antiguos que se ocuparon del cáncer, se refirieron pues, principalmente, al de la mama de la mujer.

Prosigue el autor de la memoria haciendo un estudio - de las teorías de VIRCHOW, aceptando la definición que este autor da del cán cer, basada tan solo en su naturaleza anatómica, y donde lo señala como un tu mor de estructura alveolar, con el contenido de los alveolos, formado por célu las de naturaleza epitelial. Sin embargo, no cree sea esta definición práctica por ser poco completa, y por lo cual establece, él mismo, la siguientes:

..."El carcinoma (cáncer genuino) es pues, en nuestro concepto, una producción epitelial, proliferativa, que penetra y se hunde en el tejido conjuntivo, del cual se forman alveolos, enviando prolongaciones en todas direcciones, que de genera los tejidos inmediatos, y se sustituye a ellos, y por una causa, apenas perceptible, o del todo inapreciable, se hace asiento de un proceso ulcerativo destructor, que una vez comenzado, avanza siempre alrededor de sí. Los produc tos icorosos de ese proceso pueden, en un momento dado, pasar al torrente cir culatorio, por su reabsorción, y producir en él una infección humoral de todo el organismo, que tiene siempre la mayor gravedad, llevando en poco tiempo a - la caquexia y la muerte. Partículas del tejido mismo de la neoplasia son, en - otros casos, llevados a distancia e injertadas allí, dando lugar a nuevos tumo res; y aún la extirpación quirúrgica del tumor primitivo, no puede evitar la - más de las veces sus reproducciones en el mismo sitio o en órganos lejanos".

Formas clínicas.- Por otra parte, CARDENAL (4), - hace del cáncer un género o especie patológica única, pero admite bajo el punto de vista clínico, ciertas variedades, que pueden exigir designación diversa por su diferente modo de aparición, curso y desarrollo. De esta forma, separa dos especies, tales como el cáncer blando o glandular y el cáncer duro o escirro.

En cuanto al primero, cáncer blando, glandular o encefaloideo, se iniciaría regularmente de un modo insidioso, y casi siempre en -- una región provista de elementos glandulares considerables, o sobre uno de esos mismos órganos glandulares, como la mama, el testículo, el tiroides, etc., pero también en el periostio y en los huesos. La segunda forma sería el cáncer duro o escirro, menos rápidamente maligno y que empezaría todavía de un modo más -- inapreciable. En cuanto a las variedades llamadas cánceres coloideos y melánicos, que fueron descritas en muchos tratados clásicos, no son aceptadas por -- CARDENAL, pues no cree que presenten caracteres suficientes para hacer de ellos variedades distintas.

Al hablar de la etiología hace una serie de consideraciones, sobre las causas, la diátesis cancerosa, sobre el carácter inflamatorio o no, etc., muy similares a las ya expuestas cuando trató del epiteloma y no creemos oportuno repetir.

Leyes que rigen la malignidad de las neoplasias.- Hemos de mencionar, a este respecto, una memoria referente a los tumores malignos, que aún cuando el dictamen de Secciones y Comisiones de Anatomía y Fisiología no la consideró suficiente meritoria para obtener premio, sin embargo, hemos de señalar algún párrafo de interés.

D. DIONISIO CELESTINO LAZARO ADRADA (5), autor de la memoria, dividió su extenso trabajo en tres partes. La primera se ocupó del -- significado de la voz malignidad, la segunda explica la palabra neoplasia, y -- en la tercera trató de la clasificación.

Después, describió la física y química biológica, su génesis y evolución, la morfología y, finalmente, la clínica. Como dijo NIETO

SERRANO (6), el autor demostró conocer las teorías modernas: la teoría atómica, la hipótesis química, de recientísima adquisición entonces para la explicación de la malignidad de los tumores, y las multiplicadas teorías histogénicas, con especialidad las dos que fijaban la neoformación en los tejidos conjuntivos o en los epiteliales.

LAZARO ADRADA estableció, finalmente, en su memoria, tres leyes que, a su juicio, determinarían la malignidad de las neoplasias:

1°.- La malignidad estaría sujeta, en primer término, a la complejidad atómica que poseen los elementos orgánicos de que están formados.

2°.- En segundo lugar, dependerían de la especialización de estructuras y de la actividad funcional de sus elementos figurados o celulares.

3°.- La malignidad es dependiente, en tercer término, de la cantidad proporcional de elementos figurados o células, de las que las neoplasias, están formadas respecto a la sustancia intercelular.

La primera ley, dice LAZARO ADRADA, está sancionada por la malignidad decreciente de las neoplasias, a medida que disminuye la riqueza físico-química de los átomos que forman sus elementos, y corroborada -- por las circunstancias de que las neoplasias melanóticas, la sustancia pigmentaria que le da carácter, es entre todas las de su clase, la de composición más compleja (puntos que el autor había expuesto ampliamente en su memoria).

Respecto a la segunda, recuerda que estaba demostrado por los estudios de CRAHAN, BAER, WALDEYER, DOUTRELEPONT y ARNOLD, que las células más especializadas o de estructura más elevada y de función más activa, como son las epiteliales, son también más ricas en elementos simples que otras menos perfectas y de actividad amortiguada (células embrionarias o de tejido conjuntivo), que su actividad funcional depende de las propiedades físico químicas de los cuerpos combinados más importantes entre los que forman la sustancia más organizada, y que se nutren de principios tan ricos como ---



ellos por una selección tan natural como lo hacen las células cerebrales, por ejemplo, que solo se nutren de sustancias azoadas y sulfuro-fosforadas, por lo cual, son más activas y de funciones más sublimes, si se pudiera decir así.

Finalmente, sobre la tercera ley, explicó que era, en cierto modo, una consecuencia natural de las anteriores, puesto que siendo las células los únicos elementos coloidales verdaderamente activos del organismo, cuanto mayor sea su número en una neoplasia más energía tendrán para la proliferación, y cuanto más se acumulan, mayor suma de actividad patológica habrá.

Además, de estas leyes fundamentales, existían para LAZARO ADRADA una serie de condiciones etiológicas de más o menos importancia, entre las cuales figuran una que ha sido elevada (tratándose de úlceras cancerosas y cancroides) a la categoría de ley por un distinguido cirujano español y catedrático, cual es la edad.

En efecto, sigue diciendo LAZARO ADRADA, que si nos encontramos en la clínica con una neoplasia, uno de los primeros cuidados será fijarnos en la edad del enfermo ya que la juventud parece ser la edad de los sarcomas, al paso que la edad avanzada es más propicia para la evolución de otros tumores malignos. Otro grupo de condiciones, que influyen mucho en la malignidad, sería la exposición de los órganos a traumatismos o irritaciones de todas clases, y por último, otra dependencia se observará entre el elemento del tejido o del órgano donde nace una neoplasia y su estructura, con las condiciones estructurales de esta y su malignidad. Así, por ejemplo, las neoplasias, que nacen en el periostio, suelen ser duras y, por tanto benignas; las que tienen origen en la porción modular del hueso, son blandas y, en consecuencia, más graves.

El autor termina su memoria relacionando también la malignidad con la región donde se implante la neoplasia. Si esta es rica en vasos, principalmente linfáticos, o en nervios, la infección se hará con más facilidad que en condiciones opuestas. Esta falta de condiciones anatómicas favorables para la absorción, es la razón de que las neoplasias circunscritas y las que ocupan los senos maxilares, sean, sobre las neoplasias malignas, las que más tiempo tardan en generalizarse y menos se reproducen después de la ope-

ración, salvándose bastantes enfermos de tan terrible padecimiento, siquiera sea a cambio de mutilaciones más o menos crueles.

#### La extirpación en el tratamiento del cáncer.-

Respecto al tratamiento del cáncer, CARDENAL, es contundente expresando que -- sus ideas a este respecto son distintas a las ya referidas al hablar del epite lioma, ya que solo acepta como única terapéutica la extirpación, siempre, natu ralmente, que por este medio sea posible hacer una extirpación completa del -- neoplasma y que el estado general del enfermo permita la curación natural de -- la herida quirúrgica. Las contraindicaciones para este autor serían las siguien tes:

1°.- Cuando el tumor se halla situado en una región -- tal que no es posible extirparlo completamente, sin exponerse a la destrucción de algunos órganos necesarios a la vida.

2°.- Cuando existan otro u otros tumores análogos, al gunos de ellos inoperables o ganglios interesados fuera del alcance del ciruja no.

3°.- La caquexia cancerosa.

4°.- La edad avanzada.

Sin embargo, creemos que a este respecto es muy digna de mención la aportación que RIBERA SANS hace sobre el particular, quién cree que la valoración de la extirpación en el tratamiento del cáncer en general se ha de fundar en el concepto que de él se tenga acerca de si es enfermedad lo -- cal o localizada, y en los resultados obtenidos por la extirpación de dicho -- neoplasma.

Dijo RIBERA (7) en su discurso inaugural ante la Aca-- demia en 1907 que es una cosa peregrina oír sostener a los cirujanos que el -- cáncer es una localización de un estado general, y que en su consecuencia que es inútil la operación, porque hágase lo que se quiera, sobrevendrá la recidi-- va; parece que la consecuencia natural de tal manera de pensar es abstenerse --

de intervenir, o cuando más, solo intervenir cuando algún hecho obligue a una operación paliativa; pero no ocurre así, los mismos que defienden la reproducción constante del cáncer, operan cuantos cánceres se presentan a su observación siempre que lo crean conveniente.

El tema fue tan importante que, como dijo RIBERA, en el Congreso Médico Español, celebrado en Madrid en 1864, uno de los temas discutidos fue el valor del tratamiento quirúrgico del cáncer, "lo cual demuestra que los que nos precedieron se ocuparon hace cuarenta y dos años de dilucidar temas tan interesantes para la humanidad, y cada vez más interesante, dado el impulso que ha tomado la cirugía".

Refiere RIBERA como SANCHEZ TOCA decía que el cáncer es una enfermedad local, por más que se halla en el intermedio de dos estados constitucionales, y para los cirujanos los cánceres tienen que ser enfermedades locales, habiendo que eliminar la caquexia porque ésta mata. Eliminando el cáncer local se impide la caquexia y salva al enfermo. También pertenecería al mismo TOCA la frase de que "el cáncer se cura y la cirugía cura el cáncer, y lo digo como tres y dos son cinco, lo cura con toda seguridad".

A los que dicen ¿y si viene la reproducción?, RIBERA contesta: "en este periodo no hay y no debe haber reproducción, si la extirpación está bien hecha. Si se reproduce el mal, esas reproducciones son cosas -- que atañen al individuo que opera, pero no a la ciencia".

En las palabras de TOCA, encuentra RIBERA tres ideas fundamentales que, a su juicio, deberá sostener todo cirujano y que a pesar de los cuarenta y tantos años transcurridos desde la fecha en que las expresó, seguirían siendo de actualidad en su tiempo. En ellas se afirma:

- 1°.- Que el cáncer es una enfermedad local.
- 2°.- La cirugía cura el cáncer.
- 3°.- Si hay reproducción es que la extirpación no está bien hecha.

Estas ideas son constantemente defendidas por RIBERA, quién dijo que a medida que ha operado más tumores malignos, más plenamente se convence de la veracidad de las ideas expuestas, y cada vez más convencido de que el cáncer es una enfermedad local, que la cirugía cura el cáncer, y que las reproducciones se deben a operaciones incompletas, y estas tres ideas son las que trató de demostrar en su Discurso Inaugural leído en 1907 y que versó sobre "Algunas Reflexiones acerca de la Cirugía Gástrica".

En el mencionado discurso reproduce argumentos ya expuestos en su libro de Patología Quirúrgica, y donde describe los principales argumentos en pro de la teoría local del cáncer, que serían los siguientes:

1°.- El cáncer se presenta en individuos que han tenido siempre buena salud y están sanos al desarrollarse el mismo. Como este hecho es la regla y faltan los que indiquen la existencia de afecciones generales de ninguna clase, es un absurdo sostener que el tumor local indica que hay una tendencia general al cáncer, aún supuesto de admitir, como lo hacía CREUS, que en los individuos herpéticos se desarrollan, a menudo, los epitelomas pavimentosos, esto lo más que demuestra, es que la acción de las causas determinantes no obra por igual en todos los individuos, en modo alguno, y que el herpetismo es la causa general de la aparición del epiteloma.

2°.- El tumor primitivo es único; son tan excepcionales los casos de tumores primarios múltiples, que esta posibilidad no invalida la regla.

3°.- En muchos casos, y para algunas localizaciones, se puede ver que el epiteloma es el resultado de una lesión o excitación local: cáncer de labios, comisuras, lengua, escroto, etc. etc.

4°.- El estudio atento del desarrollo de la enfermedad, demuestra clínicamente que lo primero que aparece es un tumor único, aislado, que después se afectan los ganglios linfáticos a donde van a abocar los linfáticos de la región donde se desarrolla el tumor primitivo, tendiendo todo a demostrar que los tumores secundarios son hijos del primitivo y debidos a la propagación de este a los linfáticos, que transportan sus elementos y siendo -

llevados a distintos órganos, dando allí origen a nódulos hijos.

5°.- El estado general es satisfactorio durante los primeros tiempos de la existencia del tumor, pues los fenómenos de caquexia solo se dan en periodos avanzados, y cuando ya están afectados los ganglios, es decir, cuando la enfermedad ha dejado de ser local.

6°.- La extirpación puede curar, y cura el cáncer, lo cual no se concibiría si se tratara de una enfermedad general, y si tal hecho no se observaba más a menudo, se debía a lo incompleto de la intervención, pero se debe afirmar que hoy, ya son incontables los casos en los cuales la extirpación del tumor ha sido seguida de curación completa y definitiva.

7°.- Que la misma manera de reproducirse demuestra que es una enfermedad local, ya que esta se verifica al nivel de la cicatriz, en los tejidos próximos, o en los ganglios, lo cual demuestra que no se extirpó todo y que ya estaban afectados, que no se hizo, o no fue posible, la extirpación completa. Si se tratase de un hecho dependiente de una enfermedad general aún cuando se extirpara todo lo enfermo, sobrevendría la recidiva, y la reproducción se verificaría en cualquier parte, y no sería como, constantemente, es en la región primitivamente enferma, o relacionada con ella por intermedio del sistema linfático o del sistema vascular.

Prosigue RIBERA diciendo, que la curación del cáncer ha sido proclamada en todos los últimos congresos de cirugía, demostrándose cada vez que el número de curaciones definitivas aumenta a medida que el diagnóstico del cáncer se hace de un modo más precoz y que las intervenciones son más radicales, es decir, que la terapéutica ya era más eficaz porque se diagnosticaba antes el cáncer, y porque las operaciones eran más completas.

Hasta primeros de julio de 1906, RIBERA había operado - 504 carcinomas y 108 sarcomas, de ellos 115 fueron de su práctica particular, operados hasta 1905. En este último grupo obtuvo 52 curaciones.

La reproducción del cáncer.- Del estudio de estos casos, dice RIBERA SANS, ha sacado la impresión que el pronóstico dependería --

más de la localización que de la entidad cáncer o sarcoma, y que se puede afirmar a la vista de sus resultados de una manera rotunda y categórica, que el tumor maligno en general, es curable mediante extirpación. Prosigue diciendo que a medida que se ha arraigado en él esta convicción, ha procurado fijarse más - en la manera como se presenta la reproducción del tumor, y la convicción firme que ha adquirido de que la reproducción se debe a que la operación es incompleta. A este respecto establece dos grupos: casos en los cuales la extirpación - incompleta depende de una falta operatoria, y casos en los cuales no es posible extirparlo todo, y sin embargo, operamos a sabiendas, o bien creemos que la extirpación es completa.

Que la reproducción se debe a operaciones incompletas y que es hecho local lo demuestra, entre otros casos que pudiera citar, el siguiente personal: Se trataba de un individuo con un epiteloma de la punta y - borde izquierdo de la lengua. Dice RIBERA que le hizo la extirpación de la parte libre de la lengua y que tuvo sus dudas acerca de la existencia de adenopatías submaxilares del lado izquierdo, sin que la exploración más minuciosa le permitiera decidirse en pro o en contra de sus existencia; como por otra parte, el enfermo era sifilítico, creyó que, supuesta la duda, podía prescindir de la excavación submaxilar, a reserva de establecer un tratamiento específico, como complemento de la operación. A los pocos meses comenzaron a hacerse manifiestas las adenopatías submaxilares, desarrollándose en dichos ganglios un epiteloma y que mató al enfermo apenas transcurridos diez meses de la primera operación, sin que a nivel de la cicatriz operatoria de la lengua ocurriera el -- mas pequeño trastorno, es decir, no hubo recidiva, ni reproducción, lo que hubo fue una extirpación incompleta, puesto que los ganglios estaban enfermos en el momento de ser operado el enfermo, y en ellos siguió su evolución el tumor secundario, ya iniciado al ser extirpada la lengua. Por otra parte, y al mismo respecto, está el hecho constante de las reproducciones, o en los bordes de la herida, o a pequeña distancia de la misma o los ganglios correspondientes, pero siempre hechos locales, locales y locales. Y esto sería para RIBERA lo que explicaría, en gran número de casos, la reproducción, o porque no está ya limitado el epiteloma y, además, de lo que se ve está propagado a tejidos que parecen sanos, o porque no es posible extirpar el foco primario, los secundarios y los tejidos intermedios, pues no hay que olvidar que si en muchos casos los linfáticos permanecen indemnes, la linfajitis neoplásica es posible, y entonces

la extirpación de tumor y ganglios resulta una operación incompleta, pero como se ve, siempre resulta la misma conclusión; las reproducciones dependen de operaciones incompletas.

En el mismo sentido se había expresado ya CREUS (8), -- quién en 1882, aseguró que el cáncer era una enfermedad primitivamente local y que las reproducciones habidas las consideraba, también, como atribuibles a -- operaciones insuficientes, por tardías o bien demasiado económicas.

La linfadenectomía sistemática en el tratamiento quirúrgico del cáncer.- Sin embargo, creemos que la más importante aportación de CREUS fue el intuir la linfadenectomía sistemática, aún cuando no hubiese ganglios palpables. En este sentido va más allá que todos los cirujanos de su época que hacían ya el vaciamiento ganglionar, cuando estos estuvieran -- afectados. Dice CREUS que esta decisión surgió tras la observación de un caso de tumor mamario en que se encontró un ganglio axilar invadido en el acto operatorio, cuando no lo había sospechado por la exploración clínica. Concluye pues, diciendo, que este hallazgo era un argumento fuerte para justificar su posición radical antes mencionada.

B I B L I O G R A F I A  
=====

- 1 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1876, pronunciado en la -  
solemne inauguración de 1877 en la Real Academia de Medicina". Memorias -  
de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Años 1862-1880.
- 2 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1877, pronunciado en la  
solemne inauguración de 1878 en la Real Academia de Medicina". Memorias de  
Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1887.
- 3 .- CARDENAL Y FERNANDEZ, SALVADOR: "Carácter diferencial, histología y clíni-  
cos entre el lupus, el epiteloma y el cáncer ulcerado, estudio comparati-  
vo de su tratamiento". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II, -  
cuaderno III, páginas 261 y 262. Año 1880.
- 4 .- CARDENAL Y FERNANDEZ, SALVADOR: "Carácter diferencial, histológico y clí-  
nicos entre el lupus, el epiteloma y el cáncer ulcerado, estudio compara-  
tivo de su tratamiento". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II  
cuaderno IV. Año 1880.
- 5 .- LAZARO ADRADA, DIONISIO CELESTINO: "Averiguar la ley o leyes que determi-  
nan la malignidad de las neoplasias". Anales de la Real Academia de Medi-  
cina. Tomo I. Cuaderno IV, página 374. Año 1879.
- 6 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1879, pronunciado en la  
solemne inauguración de 1880:.. Memorias de Secretaría de la Real Academia  
de Medicina. Tomo I. Años 1862-1880.
- 7 .- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica". -  
Discurso inaugural leído en la solemne inauguración de 1907 en la Real --  
Academia de Medicina. Madrid año 1907, páginas 68 a 77.
- 8 .- CREUS Y MANSO JUAN: "Comunicación acerca de un tumor difícil de diagnosti-  
car que se observa en la región temporal izquierda al bajar la cabeza y --  
sobre el cáncer de mama". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IV.



Sesión literaria del 29-IV-1882, página 132.

SEGUNDA PARTE



C A P I T U L O - I

CIRUGIA DE LAS CARNES

#### INTRODUCCION

#### CIRUGIA DE LA CARA Y CUELLO

- Cirugía ocular
- Queiloplastia
- Estafilorrafia y uranoplastia
- Rinoplastia
- Extirpación de la parótida
- Glosectomía
- Extirpación de la laringe
- Cirugía del bocio

#### RESECCION DE MAMA

#### CIRUGIA VASCULAR

- Ligaduras arteriales
- Aneurismas arteriales

#### CIRUGIA UROLOGICA

- Prolongación congénita del prepucio
- Extracción de cálculos vesicales. Tallas. Litotricia y Litoplaxia
- Infiltraciones y abscesos uretrales. Uretrotomías
- Operaciones plásticas. Epispadia, hipospadia y cáncer de genitales
- Cirugía del hidrocele
- Nefrostomía y nefrectomía

#### CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA

- Introduccion
- Fístulas vesico-vaginales y recto-vulvares
- Legrados y lavados, cateterismo uterinos. Infección

puerperal.

-El problema de la placenta previa. Parto forzado.

### INTRODUCCION. -

Integramos en este capítulo un extenso y heterogéneo grupo de intervenciones que comprenden, no solo todas aquellas de elemental ejecución, que venían realizándose desde la más remota antigüedad, tales como drenajes de colecciones supuradas, u otras, también elementales, llevadas a cabo sobre procesos morbosos externos, sino igualmente aquellas de rango muy superior, que precisaban grandes conocimientos anatómicos y no menos grado de destreza operatoria. En general, podríamos decir era esta cirugía practicada en la época prelisteriana, e incluso, preanestésica, y que seguiría ejecutándose con -- más dominio y seguridad, al instaurarse estos dos colosales acontecimientos.

No nos vamos a ocupar del primer grupo de intervenciones quirúrgicas y sí lo vamos a hacer del segundo, en donde están incluidos un número importante de intervenciones sobre las distintas regiones y aparatos, especialmente aquellas en las que nuestros cirujanos españoles pueden reivindicar su paternidad, o aportar modificaciones técnicas que lograban su perfección. Si tratásemos de personificar los maestros de esta cirugía, creemos podríamos hacerlo muy bien en las figuras de D. DIEGO DE ARGUMOSA, SANCHEZ TOCA y CREUS, que serán por ello mencionados con reiteración.

Al comprobar el bagaje quirúrgico de este capítulo quedaremos sorprendidos tal vez, con el variado número de técnicas practicadas. - Siguiendo con la parte más arriba mencionada, nos ocuparemos de los procedimientos de extirpación de la parótida y de la lengua, de las queiloplastias, blefaroplastias y genoplastias. Los procedimientos de ARGUMOSA para el tratamiento de las anomalías del recto, la angiorrafia y escisión de las venas varicosas, del tratamiento de los aneurismas, técnicas urológicas como operación de fimosis, hidrocele, talla perineal, uretrotomía, fistulas uretrocutáneas, amputación del pene y dilatación de la uretra de la mujer para la extracción de cuerpos extraños; ligadura de la lingual y de la iliaca externa; cirugía de la mama, de bocios, de la laringe y de las hernias. La mayor parte de estas técnicas fueron estudiadas y perfeccionadas por ARGUMOSA cuya ingente obra fue lo más original y genial de su época y no superada, cuando se publicó, por sus análogas extranjeras. (1)

CIRUGIA DE LA CARA Y DEL CUELLO.-

RIBERA SANS, fue un discípulo excepcional de CREUS, quién a su vez había sido uno de los herederos más legítimos de TOCA y ARGUMOSA, por ello su estadística operatoria, publicada ya con intención de divulgar lo que se hacía de cirugía en España, es muy adecuada para orientarnos en cuanto a la variedad, calidad y resultados de las operaciones practicadas en esas regiones (2). En ella encontramos cuatro queratomías por cataratas, 17 extirpaciones de epitelomas de la frente, mejilla, labio y nariz, 15 extirpaciones por epitelio mas de labio, enucleación del globo ocular, 2 extirpaciones de lengua, extirpación de un angioma de mejilla, amidalectomía, operación de labio leporino simple, cauterización y raspado de una fístula branquial, dos extirpaciones de la parótida, etc (3).

Como hemos visto también en estas regiones existían muy variadas intervenciones quirúrgicas, ocupándonos en lo sucesivo muy especialmente de aquellas técnicas en donde la influencia española se hiciese notar.

Cirugía ocular.- En cuanto a la cirugía oftalmológica hemos de manifestar que también se halla representada en esta época por intervenciones tan atrevidas como la extracción de cataratas y la intervención del glaucoma, además de otras de menor cuantía.

Ya RAFAEL CERVERA (4) en 1887, en las sesiones literarias de la Academia, trató extensamente el tema del tratamiento quirúrgico de las cataratas. Este autor hizo una completa historia de los métodos que habían sido más usados, y dijo que el método más antiguo empleado era el de la depresión de la catarata, que fue casi el único tratamiento utilizado por los griegos y latinos, bien descrito por CELSO, utilizado por los árabes y que puede decirse que se utilizó, casi en exclusiva, hasta la última mitad del siglo XIII. Pasa luego CERVERA a explicar algunos hechos fisiopatológicos, comenzando por decir que era falsa la noción que se tenía de la naturaleza y asiento de la catarata hasta que en el siglo XVII se comenzó a conocer la verdadera función del cristalino, en donde anteriormente se localizaba el asiento de la visión. La catarata se explicaría como precipitación de sustancias opacas en el humor acuoso que llegarían a condensarse formando una tela detrás de la pupila y que al de-



primirla o dislocarla no se creía en manera alguna que se atacaba a la lente - cristalina. Sigue diciendo CERVERA que surgido el método de extracción de la catarata, durante muchos años se sostuvo la polémica entre los partidarios de la depresión y los de la nueva técnica. En Italia, eran partidarios de la de - presión y en Alemania de la extracción, técnica que perfeccionaron. En 1811 -- GIBSON propuso la extracción lineal de las cataratas blandas, método que tuvo pocas innovaciones fundamentales hasta que, muchos años más tarde, surgiera la técnica de sección del iris para la extracción de la catarata a colgajo. La ex tracción lineal es modificada por GRAEFE cuya idea fundamental es combinar la iridectomía con la extracción de la catarata por una incisión poco extensa.

CERVERA (5), en otra sesión Académica posterior criticó duramente la técnica de depresión o reclinación, ya que dijo ser una operación de inciertos y de muy dudosos éxitos y de temibles y fatales consecuencias en no pocos casos, por todo lo cual había que rechazarla. Critica también la ex - tracción de la catarata por colgajo, ya superior o inferior, para pasar seguidamente a exponer su método en que se da suma importancia a la extracción más completa y posible de las capas corticales reblandecidas de la catarata, pues su permanencia pueda ser origen de malos resultados. Al mismo tiempo pronuncio se en contra del empleo de todo instrumental destinado a sujetar el ojo durante las maniobras operatorias. En cuanto a la extracción simple dijo que esta - técnica consistía en practicar en el limbo o margen de la córnea transparente una incisión pequeña, pero que solo era aplicable a las cataratas blandas. Sin embargo, con el objeto de extender este método hacía preliminarmente la disec - ción de la cópula varias semanas antes con el fin de reblandecer las capas cor - ticales y reducir el tamaño del núcleo. Este método, dijo también, que se había extendido poco quedando solo reducido para las cataratas de los jóvenes y acep - tado principalmente por la escuela de Viena. En cuanto a la extracción a colga - jos, recordó que por desgracia se acompañaba con cierta frecuencia de complica - ciones pero también era verdad, será la técnica con la que se alcanzaba la ma - yor visión posible.

De la extracción lineal simple única de GRAEFE, con iri - dectomía, dijo también que obtenía excelentes resultados, considerando que era un progreso positivo, que él había utilizado y que seguiría utilizándola en -- adelante.

CALVO (6) en los debates promovidos por el discurso de CERVERA dijo que su actuación quedaría en inferioridad al hacerlo después de una personal especialmente dedicada a las enfermedades de los ojos. Mostrándose algo escéptico de lo que había expuesto CERVERA, dijo que aunque estaba de acuerdo con lo irracional de la técnica de reclinación, sin embargo, para él se obtenían los mismos resultados que con la extracción. Con la reclinación se intentaba desviar la catarata y con la extracción se buscaban resultados más brillantes, incluso, expuso un caso espectacular operado por él en el que practicó la extracción de la catarata en ambos ojos, obteniendo un triunfo que no se obtenía con la depresión. No obstante, cree que moría no por no ser científica, sino más bien por no hacerse bien. La extracción sería una operación difícil y cuando no sale bien, no deja esperanzas.

En otra sesión, CALVO (7) habló de las ventajas e inconvenientes de la extracción lineal de la catarata con iridectomía, pero previamente volvió a tratar de la de presión, diciendo que aunque Europa la iba abandonando, aún tenía indicación en los pobres, por ser más sensible de ejecución y dar poco más o menos los mismos resultados, ya que la extracción lineal aún se hallaba en los principios y que además, no era inofensiva, encontrándose poco inclinada a aceptarla.

Dos años más tarde, el mismo RAFAEL CERVERA (8), trató también, en las sesiones literarias de la Academia, de otro grave problema de patología ocular difícilmente tratable. Nos referimos a la terapéutica quirúrgica del glaucoma.

En su actuación, CERVERA manifestó que para todos era conocida la iniciativa en Alemania de GRAEFE, en aplicar la iridectomía para el tratamiento del glaucoma, pero si bien el mismo la había practicado varias veces, con excelentes resultados, en otros eran decepcionantes. Seguidamente, -- presentó dos casos, uno con brillante resultado, y otro con fracaso final, preguntándose si en realidad se conocía entonces las indicaciones para esta operación.

A la pregunta ¿que es el glaucoma en el estado actual de la ciencia?, dijo que nadie contestaba de una manera categórica. Para la mayor

parte, sería una coroiditis acompañada de una exudación severa y que provocaba la compresión intraocular. Sin embargo, CERVERA manifestó que para GRAEFE, sería una consecuencia de una degeneración ateromatosa de los vasos del ojo, pero lo cierto es que las lesiones anatómicas no se hallaban aún, bien caracterizadas.

Habló, seguidamente, de los síntomas y de las formas clínicas, diciendo que unas veces se presenta con síntomas prodrómicos y otras súbitamente y que los mejores resultados terapéuticos se obtendrían cuando los síntomas no fueran muy acentuados aún.

CALVO (9), por su parte dijo que en materia de glaucoma, ni la ciencia puede estar satisfecha ni el arte tranquilo, ya que la primera es empírica y la segunda hasta caprichosa. Según manifestó este académico, se habían confundido muchas lesiones con el nombre de glaucoma y, desde luego, -- con la resección del iris no se atacaba la enfermedad, pues lo que se hacía -- era sacar un poco de sangre y así disminuiría la tensión del globo ocular. Sin embargo, no niega que siendo tan grave la enfermedad, la iridectomía podría remediar la situación patológica de momento.

Quiloplastia.- RIBERA SANS (10), citó las autoplastias de OLIVARES y GUARNESIO, en los epitelomas de labio inferior, para cuyo fin utilizaban un colgajo del cuello, así como las llevadas a cabo por ARGUMOSA y CREUS. El primero de estos dos autores, según CALVO (11) inventó un método que podría llamarse de traslación, y que dicho autor lo había descrito con la mayor claridad y precisión en su Resumen de Cirugía, siendo aplicable a las flefaroplastias, rinoplastias y queiloplastias, formando un colgajo en forma de abanico, logrado por medio de una incisión triangular, y todo ello ejecutado con la exactitud, la precisión y la prudencia típica de este autor.

CREUS fue famoso también por su habilidad en la práctica de las autoplastias. A este respecto nos cuenta el autor (12) una intervención practicada por él, en un paciente portador de un cáncer de labio que, aparte de su valor como técnica autoplástica, aporta una vertiente oncológica, digna de tener en cuenta. Se trataba de un cáncer labial, al parecer relacionado con una estomatitis previa por calomelanos, cosa singular, pues esta enfermedad se

consideraba, ya entonces, relacionada con el hábito de fumar. Pues bien, CREUS dijo que procedió a su extirpación, pero que antes de emprenderla, examinó con gran cuidado los ganglios linfáticos que aparecieron sanos. Para cubrir la pér dida de sustancias discurrió un procedimiento, que consistió en hacer una inci sión en la región submaxilar y diseccar los tejidos, con el fin de movilizar to da la parte labial y mentoniana. Esta maniobra le puso de manifiesto, detrás - del musculo geni-hioideo, muchos tumores ganglionares que tuvo que extirpar. - La conclusión que de este caso se sacó, fue que el cáncer algo antiguo, siempre tenía ramificaciones y que, por tanto, no debería practicarse una autoplasia, por esta enfermedad cuando haya imposibilidad de hacer a su alrededor grandes disecciones para buscar los ganglios y extirparlos.

Otros casos, no menos interesantes de autoplasias, por - la-bio leporino, fueron presentados por dicho autor en la Academia, destacando entre ellos, los referentes a labios leporinos doble congénitos, operados inge - niosamente y con éxito (13)(14).

Otros cirujanos españoles practicaron también queiloplas - tias, distintos métodos, como es el caso de ÁLEJANDRO SAN MARTIN, que aplicó el de KUSTER en un epitelioma de labio inferior, pero reconociendo el propio au - tor que el resultado obtenido fue algo defectuoso, por no prestarse el intere - sado a que se excindiese una porción de carnes blandas en forma de cuña en las proximidades de ambas comisuras. En este tipo de autoplastia se aprovechaba el labio superior, practicando una incisión que le divide en dos mitades, y apro - vechando para el objeto posterior, en forma de puente, con lo que después de - extirpado el neoplasma se consigue una restauración de muy satisfactorias con - diciones.

Estafilorrafia y Uranoplastia.- Otras técnicas re - constructivas fueron las aplicadas a los defectos del velo del paladar. Desde hacía años, se venía utilizando la estafilorrafia, pero como había señalado -- CALVO (16), estas técnicas ya no bastaban, surgiendo las uranoplastias de ma - nos de LANGENBEK, aún cuando a su juicio, no siempre creía fueran necesarias. El Dr. HERNAN DE MULHOUSE presentó unas notas a la Real Academia sobre casos - practicados por él de uranoplastias, donde demostraba la posibilidad de osifi - cación, obteniendo un nuevo paladar duro. En la uranoplastia, se ha de hacer -

unos colgajos de periostio a cada lado y después se ejecuta una especie de estafilorrafia, con la cual LANGENBEK afirmaba obtener hueso a expensas del periostio.

A pesar de que las resecciones subperiósticas se fundaban en las ya antiguas observaciones de DUHAMEL y era aceptada la posibilidad de la regeneración ósea a partir del periostio, no por ello dejó de suscitarse en la Academia debates en donde no se aceptó esta posibilidad, en el caso de las uranoplastias, y donde CALVO había manifestado haberla practicado sin conseguir éxito. La voz de la Academia, personificada esta vez en SANCHEZ TOCA, manifestó no aceptar el logro de una nueva bóveda ósea a partir de la uranoplastia, logrando esta técnica, solamente, la obtención de un tejido fibroso más o menos consistente, si bien reconocía que el resultado clínico era excelente -- (17).

Rinoplastias.- En esos mismos debates, TOCA, recordó problemas análogos existentes en las operaciones de rinoplastias y señaló que, las operaciones autoplásticas con colgajo perióstico era una idea muy seductora. En las rinoplastias, para suplir las partes duras, se habían aplicado innumerables materiales, pero a pesar de ello, los fracasos eran constantes, por lo que el mismo no aconsejaba la autoplastia de nariz cuando faltase el armazón duro. Sin embargo, sí llevó a cabo operaciones en pacientes portadores de carcinoma de nariz cuando quedaba suficiente tabique, o partes duras utilizables para armar la nariz. Como conclusión, dice TOCA, que desde el momento que se anunció la autoplastia con colgajo perióstico, se concibieron nuevas esperanzas, pero sin embargo, hasta ahora (1867), no se han utilizado estas rinoplastias, aún cuando piensa el autor, que con el progreso del tiempo se llegará también a progresar en la rinoplastia como realmente se tocaba ya en las uranoplastias.

Extirpación de la parótida.- En cuanto a los procedimientos de extirpación de la parótida y la demostración de que es posible la extirpación completa, ¿se debe o no a los cirujanos españoles? Dice RIBERA que a este respecto (18), había que discutir las fechas de las publicaciones de ARGUMOSA de 1856, porque éstas, desde luego, pueden compararse, sin desmerecimiento alguno, con sus similares del extranjero, e incluso, en cuanto a técnica --

quirúrgica las superan, ya que se habla en ellas, como de cosa corriente, de operaciones que han tardado muchos años en ser admitidas por los extranjeros, siendo este el caso de la extirpación de la parótida. También es un procedimiento genuinamente español el de la extirpación de dicha glándula sin ligar, previamente, la carótida, llevada a cabo por CREUS (19).

Glosectomía.- Respecto a la extirpación de la lengua - por epiteloma, CORTEJARENA (20), insistía en que era una operación grave y en gorrosa, y no solamente por los accidentes que pueden acompañarla o seguirla, sino por la reproducción, que es la regla, en plazo no largo. Sin embargo, ARGUMOSA y CREUS, muchos años antes, ya habían establecido sus doctrinas sobre las escisiones parciales y la extirpación lingual total, bien conocidas por RIBERA

Creemos que el primer caso de extirpación de lengua presentado a la Academia fue el de SANCHEZ TOCA el 21 de octubre de 1869, quién - había operado a D. PEDRO VIDAL, abogado de Totana de un cáncer lingual muy extenso, que estaba extendido a las glándulas sublinguales y submaxilar derecha, así como a los ganglios submentonianos de ambos lados (21). RIBERA SANS (22), presentó un caso notable, también de epiteloma lingual, que portaba precisamente, un médico de 48 años, el cual padecía una úlcera profunda y dolorosa en la parte posterior y central, en cuya cavidad, había una nuez, y que se acompañaba de infartos de la glándula y de las glándulas submaxilares. RIBERA, hizo una incisión de masetero a masetero, que fue suficiente para extirpar ganglios y glándula, continuó la anestesia por arriba y por abajo, y practicó las ligaduras necesarias en ambos lados, seguidas de incisión bilateral de la lengua, quedando un pedículo a cada lado y otro en la base, colocando otra asa en la epiglottis, para evitar la asfixia, terminando felizmente la intervención, sin ligadura previa ni hemorragia, restableciéndose el enfermo en breve plazo y regresando al pueblo en que ejerció la profesión. Este mismo autor en 1895, ya - había presentado dos casos de extirpación lingual en su estadística operatoria, así como SAN MARTIN también lo había hecho ya en 1891 con otro caso similar -- (23).

Extirpación de la laringe.- No sabemos si el Marqués del Busto aceptaría incluir la operatoria de un órgano cartilaginoso, como es la laringe, en el apartado de la cirugía de las carnes. Nosotros lo haremos así,

aceptando las objeciones que a tal decisión se le puedan hacer, con el objeti vo exclusivo, de facilitarnos la descripción de tan variado y heterogéneo núme ro de procedimientos quirúrgicos, objeto de nuestra narración.

MATIAS NIETO SERRANO (24), en su discurso resumen sobre las tareas de la Academia, en el curso de 1878, calificó de atrevida la idea - de extirpar toda la laringe, al referirse a una memoria que un señor académico había sometido al juicio de la Corporación, y que versaba sobre tal particular. Sigue NIETO SERRANO diciendo que la experiencia ha demostrado que siempre que se haga imposible conservar este órgano, se podía extirpar sustituyendo parte de sus funciones, por otra artificial y dispuesta de manera que pueda utilizar se para la formación de la voz. Esto podría lograrse combinando procedimientos operatorios habilmente, con aparatos ingeniosísimos. Se refirió seguidamente - al caso presentado, expuesto con profusión de pormenores y copia de la doctrina pertinente, y que después de obtener un éxito inmediato, no proporcionó un triunfo definitivo, por lo que terminó señalando que albergaba, no obstante, - la esperanza que ulteriores ensayos serían más afortunados, y que la cirugía - del porvenir daría a su época un nuevo y eficaz procedimiento que figurará sin desventajas al lado de la ovariectomía y de la aplicación de los anestésicos.

Sin embargo, según los datos recogidos, hasta el siglo XX, no encontramos las más importantes comunicaciones y autores como CISNEROS, BOTELLA, y muy especialmente, GARCIA TAPIA, que contribuyeron decididamente al - desarrollo de la cirugía laringe.

JUAN CISNEROS (25), distinguido médico del Hospital General de Madrid practicó en 1901 la extirpación completa de la laringe, hioides y pared anterior del esófago, con motivo de una neoplasia epitelial, reproducida. El éxito fue completamente satisfactorio, por lo que el académico MARIANI pre sentó el caso año y medio después de ser intervenido, a la Academia, insistien do que no se observaba el más ligero indicio de neoplasia reproducida, y que - además de poder, el operado, efectuar una deglución perfecta, podría asimismo pronunciar todas las letras bucales y respirar perfectamente.

En 1906 tuvo CISNEROS (26) la ocasión, mediante su dis - curso de recepción, de presentar ante los académicos el "valor e indicaciones

del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la laringe". En este trabajo estudió clínicamente dichos tumores, casi siempre epiteliomatosos, decidiéndose por la intervención quirúrgica y llegar a la laringuectomía total, -- pues ya en aquella época y, según el mencionado autor, era el único tratamiento curativo de las neoplasias malignas de la laringe, siempre que la escisión se hiciera con la suficiente cantidad de tejidos sanos para asegurarse que es completa, procediendo como se haría si se tratase de aplicar el procedimiento a otro órgano cualquiera y ateniéndose a las indicaciones y contraindicaciones deducidas de las condiciones particulares de cada caso. Creemos de mucho interés destacar como el nuevo académico recomendaba el manejo del laringoscopio a todos los médicos, sin exceptuar a los de las más pequeñas aldeas, para que el cáncer laríngeo fuese diagnosticado con el suficiente tiempo, única forma de poder aplicar operaciones parciales y evitar las laringuectomías totales.

ESPINA (27) aprovechó en su discurso contestación al de CISNEROS, para hacer patente la necesidad de un diagnóstico positivo del cáncer de la laringe, señalando el tiempo y las fases evolutivas de dicho estado morbozo, sus consecuencias y la técnica actual, manifestándose oportunista en la intervención radical en la operación, una vez convencido de su necesidad y de que no se ejecute el acto quirúrgico por leves indicios de cáncer, sin que hayamos llegado demasiado tarde para salvar al enfermo, por tiempo más largo del que racionalmente viviría sin la intervención de la terapéutica operativa.

Sobre el mismo tema es digno de señalar, la memoria enviada por el aspirante a socio corresponsal D. ERNESTO BOTELLA que llevaba por título "Cirugía del cáncer de laringe y sus resultados", respecto a la cual la Academia emitió al gobierno informe muy favorable (28).

En cuanto a la técnica de la laringuectomía, fue la practicada en dos tiempos en principio, la que contó con más adeptos. De esta forma, CISNEROS (29), presentó en 1907 un operado de extirpación completa de la laringe por el procedimiento de PERIER para tratar una neoplasia maligna que ocupaba los dos lados y la cara posterior del órgano; practicando primero la implantación de la traquea, y al mes siguiente la extirpación de la laringe -- con escisión de pared del esófago, logrando la cicatrización de la herida operatoria sin incidente alguno. Meses después presentó dos notas clínicas más so



bre extirpación de la laringe (30). Otros dos casos más de laringuectomía total por epiteloma, también efectuadas en dos tiempos, fueron presentados por GARCIA TAPIA (31), en 1910 y donde el autor puso de relieve el tiempo transcurrido desde la operación, más de tres años, sin recidiva alguna ni ningún otro trastorno.

Sin embargo, GARCIA TAPIA en 1912, además de esta y otras comunicaciones (32), también sobre extirpación de la laringe, presentó una sobre "estado actual de la cirugía laringea" (33), declarando que estaba convenido, en vista de la práctica de GLUCH de Berlín, que la laringectomía debe -- ejecutarse en un solo tiempo, pues así se evita la propagación de la enfermedad que solía ocurrir entre el primero y el segundo tiempo, además de la mortificación de los primeros anillos de la tráquea, resultando constante en la extirpación en dos tiempos. Presentó, simultáneamente, cuatro operados e hizo el resumen de 13 extirpaciones laringeas, asegurando que la mortalidad ha mejorado desde que GLUCH acreditó su método de laringectomía en un tiempo.

Esta comunicación dió origen a observaciones por parte -- de ESPINA, DECRET, BOTELLA y CISNEROS. Este último, a pesar de lo dicho, siguió insistiendo en las excelencias de la extirpación de la laringe en dos tiempos, pues con tal método había alcanzado mejores resultados que con el de un solo -- tiempo y que había muchas posibilidades de que el cáncer no se reprodujera si no sale de la laringe, sucediendo lo contrario cuando se extiende a otros puntos (34) (35) (36).

Cirugía del bocio.- Aparte del hecho anecdótico de -- presentación en la Academia de un bocio hidatídico en 1874, han de pasar muchos años hasta encontrar verdaderas aportaciones de interés sobre el particular.

RIBERA SANS en 1907 (37), y en sesión literaria, dió cuenta de seis casos de bocios exoftálmicos en los que había practicado la extirpación de los mismos con éxito satisfactorio. Manifestó que estos enfermos, que eran portadores del exoftalmo, tumor tiroideo, taquicardia palpitaciones y sín tomas respiratorios, recobraron la salud merced a la terapéutica operatoria.

Con motivo de estas comunicaciones, intervinieron los --

Sres. ESPINA (38), GOMEZ OCAÑA (39) y ALONSO SANUDO (40), con diversos criterios, pues si bien recomendaron la extirpación tiroidea en la enfermedad de - BASEDOW y GRAVES, se puntualizó sobre las grandes diferencias que existen entre los enfermos de bocio exoftálmico, lo que impedía establecer un método curativo uniforme. Sostuvieron también, estos autores, que en la producción del bocio exoftálmico hay tres elementos: tóxico, por secreción interna, autoregulación cardiaca alterada, por las condiciones de los plexos nerviosos y exoftalmía. Otras muchas observaciones de índole fisiopatológica fueron asimismo defendidas, tales como la existencia de tres teorías en lo referente a la secreción glandular interna, que podría ser por exceso, por defecto, o por perversión; que CYON atribuyó al tiroides la función de mantener la energía de -- los nervios moderadores cardiacos; que la secreción tiroidea obra como estimulante del metabolismo nutritivo; que cuando la secreción interna es excesiva, la excitación nerviosa llega al desenfreno pudiéndose curar con la tiroidectomía; y que el bocio exoftálmico se había estudiado entre las enfermedades del - corazón, neuropatías, trastornos vasomotores (grupo de las emocionales) y en - tre las producidas por exceso, perturbación o abolición de la función tiroidea.

En 1910 el académico corresponsal FERNANDEZ SANZ (41), - expuso cuatro observaciones clínicas referentes al tratamiento del bocio exoftálmico mediante la antitiroidina y con los rayos ROENTGEN con dudosos resulta dos, por lo que consideró a la tiroidectomía como medio más eficaz.

El debate que siguió a los casos presentados por FERNANDEZ SANZ, dió lugar a importantes intervenciones de los académicos RIBERA (42), GUEDEA (43), DECREF (44), CODINA (45), ESPINA (46), GARCIA TAPLA (47), LUIS ORTEGA MOREJON (48) y ALBASANZ (49), quienes expusieron las siguientes ideas: -- que según la experiencia adquirida en 14 casos operados, con dos desgraciados, las intervenciones quirúrgicas deberían reservarse para los enfermos graves y no siendo conveniente las ligaduras; que habiéndose modificado con ellas, primeramente la taquicardia, el temblor y los fenómenos nerviosos, la aceleración de los latidos del corazón fue el síntoma persistente; que la tiroidina, el -- opio, las corrientes continuas y en general los remedios médicos, dan satisfac torios resultados; que aunque la intervención radical se funda en el bisturí, especialmente, cuando la vida se haya comprometida, se había logrado algún ali vio con el suero MURILLO y con el empleo de la glándula tiroidea natural; que

la herencia neuropática y los cambios de otros órganos de secreción interna, - así como una emotividad exagerada con trastornos nerviosos y hasta mentales, - que se observan en los enfermos de bocio exoftálmico, pueden mejorar con los - bromuros; que a veces se ha observado la curación espontánea y que en ocasio - nes ha faltado el bocio; que las palpitaciones constituyen el fenómeno dominan - te, siendo causas abonadas el terror, el susto y la ira, y que hay que llamar la atención sobre las relaciones existentes entre el corazón, el tiroides y -- los ojos; que entre los medios quirúrgicos deben figurar la tiroidectomía, la simpatectomía y la ligadura arterial, no pudiendo separarse todo el tiroides - por el riesgo de mixedema; que se ha atribuido, la causa próxima, a una altera - ción de la parte interna de los cuerpos restiformes y, finalmente, en ciertos casos de tiroidectomía total pueden haber existido tumores tiroideos aberrantes.

Para terminar, diremos que también los autores antes men - cionados, aconsejaban la anestesia local para la práctica de la tiroidectomía, método que el año siguiente defendería GUEDEA (50) entusiásticamente ante la - misma Corporación, y donde comunicó que con la cocaína unida a la adrenalina - bórica había llevado a cabo más de 20 operaciones de bocio.

#### RESECCIONES DE MAMA.-

Siendo la glándula mamaria un órgano tan superficial y - accesible a todas las maniobras quirúrgicas, es muy lógico pensar que su patología entraría pronto en el ámbito de la cirugía. En efecto, así debió ser, a pesar de que nos sorprende no poder encontrar en las actividades de la Academia tantas aportaciones como esperábamos hallar. Sin embargo, sí tenemos constancia del alto nivel que alcanzó esta cirugía, que ya entonces se basaba en criterios fisiopatológicos, que incluso en la actualidad son mantenidos. La casuística - más importante publicada fue la de RIBERA SANS (51) presentada en 1895 y que - constaba de 17 casos de extirpación de mama, 14 por epitelomas, 1 por adenocar - cinoma y 2 por tuberculosis, intervenciones que fueron practicadas en un perio - do de tiempo de cuatro años.

La aportación más destacada, a nuestro juicio, en este pe - ríodo, se la debemos a CREUS (52), quién sentó ya en 1882, y en el terreno de los procesos neoformativos de mama, los criterios básicos seguidos por la mayor parte de los cirujanos de finales de siglo XIX y principios del XX.

Este autor consideró que el cáncer mamario es una enferme - dad primitivamente local, por lo que las reproducciones habidas las considera - atribuibles a operaciones insuficientes, por tardía o bien demasiado económicas. Hasta él, todos los cirujanos de su época, aconsejaban ya y hacían el vaciamien - to de axila, cuando había ganglios, formando con la pieza mamaria y dichos gan - glios axilares una única pieza sin interrupción. Pues bien, CREUS va más allá - ya que postuló que esta técnica de extirpación en monobloc debería seguirse an - te la menor dureza sospechosa axilar, e incluso se pregunta si no se debería im - plantar, también, esa norma aún en los casos de axilas macroscópicamente indem - ne, de las enfermas portadoras de carcinomas mamarios por pequeños y recientes - que fuesen. Esta manera de pensar la justificó tras la experiencia sufrida en una de sus pacientes, cuyo caso por creerlo interesante, no nos sustraeremos a la tentación de describirlo. Se trataba de una enferma, quién a 5 cm del pezón y en el radio oblicuo externo del órgano, había un tumor del tamaño de una ave - llana gruesa, muy dura, y de superficie escabrosa en continuidad con el tejido glandular, produciendo en la piel que lo cubría finísimas arrugas al ejercer --

tracción en varios sentidos. Había algún dolorcillo, picor, escozor y punzadas que se irradiaban hacia la axila, en cuya región, el más meticoloso examen no descubrió tumefacción alguna; CREUS extirpó toda la mama, llevándose hacia la axila todo el tejido subcutáneo comprendido en una anchura igual a la glándula, terminando por separar todo el tejido de la cavidad axilar y dejando casi disecados los vasos gruesos hasta el fondo de la región. La mama y todos los demás tejidos fueron extirpados de una vez de dos incisiones semilunares que se unían en la parte interna de la mama y en la también interna de la axila. Pues bien, lo notable del caso para este autor, dijo, fue que en el extremo axilar de los tejidos extirpados, encontró entre la grasa un ganglio linfático, como un guisante, con todos los caracteres macroscópicos del cáncer, iguales a los del tumor mamario. Este hecho era uno de los más fuertes argumentos que sostuvo para postular su posición radical, antes mencionada, en presencia del carcinoma mamario, pues estaría demostrado que los tejidos axilares eran nido probable de cánceres hijos, en todos los casos.

CORTEJARENA (53), por su parte, hizo alusión en el Congreso Médico Internacional de ROMA, a una serie de intervenciones que se practicaban en Madrid con menores complicaciones que las expuestas por los franceses. Pues bien, entre las enfermedades citadas figuraba una serie de amputaciones - mamarias con linfadenectomía axilar.

Todo lo cual demuestra que la cirugía mamaria no solamente era conocida y basada en principios fisiopatológicos modernos, sino que su terapéutica quirúrgica se llevaba a cabo en un grado de perfección superior a la de otros países europeos.

### CIRUGIA VASCULAR.-

Esta cirugía, prácticamente, quedaba reducida en nuestra época (1862-1912), a las ligaduras vasculares, tratamiento de los aneurismas y terapéutica quirúrgica de las varices. Intentando ser sincero, hemos de confesar que los datos recogidos demuestran un estado muy rudimentario de las técnicas vasculares, siendo impensable entonces en los enormes avances y espectaculares acontecimientos que surgirían solamente bien entrado el siglo XX, y que son los que impulsarían la cirugía vascular hasta el auge alcanzado en nuestros días.

Ligaduras arteriales.- ANTONIO POBLACION FERNANDEZ - (54), en una memoria premiada por la Real Academia en 1963, puntualizó sobre el origen de la ligadura de las arterias, negando la paternidad a AMBROSIO PAREO y reivindicándolo para ALBUCASIS y ABYNZOAR.

Dice el autor que, según los historiadores nacionales y extranjeros, fue AMBROSIO PAREO el inventor de estas ligaduras, a pesar de que claramente aparecen descritas siglos antes en las obras de los mencionados médicos hispano-árabes. Sin embargo, nada es más cierto que PAREO se ha llevado la primacía hasta el punto de ser uno de sus principales timbres como cirujano; pero como concluye POBLACION, "la idea, el origen, el invento pertenecen a la cirugía española, que le recoge hoy ante esta ilustre y respetable Corporación"

Igualmente, MARCELINO GOMEZ PAMO (55), en su memoria presentada también a la Academia en 1963, reivindica para los árabes españoles -- tal primacía, al mismo tiempo que resalta la figura de nuestro DAZA CHACON, -- quién respecto a la ligadura decía que debía de practicarse siempre que se pudiera, con preferencia, a cualquier otro medio hemostático.

Surge, finalmente, una lógica pregunta ¿si los apologistas de PAREO hubieran conocido las obras de los árabes, encomiarían del mismo modo a este práctico?

JOSE BENITO RODRIGUEZ BENAVIDES (56), nos dejó otro resumen histórico, en su discurso inaugural de 1896, sobre la evolución histórica

de las ligaduras arteriales, y así señaló como más recientemente PHYSICK, de - Filadelfia, ideó las ligaduras hechas con tejidos animales, fundando sus ventajas en que el nudo de esta clase de ligaduras es absorbido después de obliterado el vaso, y no queda por consiguiente en la herida obrando como cuerpo extraño. Estas ligaduras cayeron, sin embargo, en desuso hasta que LISTER las introdujo nuevamente en la práctica quirúrgica, demostrando la importancia del catgut preparado en una disolución fénica, que además de convertirlo en un objeto antiséptico le da cierta consistencia para que el nudo no desapareciera demasiado pronto.

Prosiguió nuestro académico diciendo que, el afán cada día creciente, de llevar a las curas quirúrgicas el mayor grado de perfección posible, sugirió a muchos cirujanos la idea de practicar las suturas y aún las ligaduras metálicas. Así es que en el año 1859, STONE, de Nueva Orleans, GROSS y AGNEW, practicaron operaciones ligando con hilo de plata, respectivamente, la arteria iliaca primitiva, la femoral y la humeral; y en 1866 MARTIN DE MOBILE practicó también la ligadura metálica de la iliaca externa, sin que tales ligaduras respondieran a los resultados prácticos que sus autores se propusieron, a pesar de no ser absorbibles.

Observando las fechas hasta aquí reseñadas, valoraremos justamente el hecho de que nuestro compatriota CALVO (57), en 1844, había practicado la ligadura de la arteria iliaca externa.

Aneurismas arteriales.- RODRIGUEZ BENAVIDES decía -- en el ya mencionado discurso inaugural, que grandes conquistas había alcanzado la cirugía en lo que iba del siglo XIX, cuando hablaba del tratamiento de los aneurismas, desde los estudios de JONES en 1805, los de WARDROP en 1825 y los posteriores de TRAVERS, SCARPA, BILLROTH y LISTER.

Prosigue RODRIGUEZ BENAVIDES señalando que MONTEGGIA en 1815 ideó, para la cura de los aneurismos, la introducción de cuerpos extraños en el saco aneurismático, idea puesta en práctica en 1873 por LEVIS, de Filadelfia, y otros cirujanos, entre ellos, RUBIO en 1874.

PHILLIPS fundado en la idea de MONTEGGIA propuso en 1829

la electrolisis o galvano-puntura, y LANGENBECK la introducción de ergotina en el interior del aneurisma, por su acción sobre la fibra lisa.

Finalmente, el autor del discurso inaugural señaló que - indicada la compresión indirecta para el tratamiento de los aneurismas en los años de 1820-1824, se empleó por primera vez en 1875 utilizando la compresión general del miembro aneurismático con la venda de SMARCH.

La cirugía española no estuvo ajena al desarrollo de estas técnicas, no solo por la aportación de RUBIO, sino por algún otro autor como VICENTE MARIA BERROCAL (58), quién en 1866 presentó una memoria a la Real Academia sobre la extirpación de un aneurisma que pasó a ser estudiada por la Sección de Cirugía. En 1879, vuelve RUBIO (59) a hacer una notable aportación ya que promovió un extenso e interesante debate con motivo del tratamiento llevado a cabo por él con un caso de aneurisma de la arteria carótida primitiva - que curó brevemente por compresión digital. Con tal motivo, él mismo, CALVO -- (60) y CREUS (61) citaron numerosos casos de dilataciones aneurismáticas análogas y se estudió la etiología, patogénica, sintomatología y anatomía patológica; se pensaron las posibilidades de curación con que podía contarse apelando a los diversos métodos conocidos, llamando la atención sobre el método inocente y harto descuidado que intentaban rehabilitar.

CREUS (62) durante los años 1880 y 1883 publica numerosos casos personales tratados por ligadura. Tres aneurismas de gruesos troncos arteriales fueron tratados por este método con cuerda de tripa fenicada, según el método de LISTER, y dos años después presentaba otro caso de aneurisma curado por la ligadura de la arteria subclavia (63). Un nuevo caso, un aneurisma de grandes dimensiones, situado sobre la poplitea, fue tratado por él mismo, por la compresión según el método de REID, pero hubo más tarde de ser operado por ligadura de la arteria crural y, desde luego, usando cuerda de tripa fenicada, curando después de utilizado este segundo procedimiento (64).

Este caso dió lugar a observaciones interesantes por parte de ilustres académicos como CORTEJARENA (65) CALVO (66) y DIAZ BENITO (67), sobre los aneurismas curados por la ligadura o por la compresión, mediante pesas graduadas, demostrando cuanto pueden contribuir la habilidad y la persisten



cia del operador en los felices resultados de la terapéutica quirúrgica (68).

Una mención especial merecen los trabajos experimentales llevados a cabo por ALEJANDRO SAN MARTIN (69), en el año 1898 sobre 36 perros, y cuyos resultados fueron recogidos en su discurso inaugural titulado "Cirugía del Aparato Circulatorio" donde estimó que la anastomosis arteriovenosa era un recurso clínico de verosímil ejecución y de tan razonables como perentorias indicaciones. En realidad se trataba de un tipo de autoplastia vascular cuyas indicaciones según el autor serían: las lesiones operatorias vasculares, cuando las heridas longitudinales llegasen a tres centímetros, o las transversales, - sin exceder de la mitad del calibre del vaso, o no haya sido posible practicar invaginaciones para una resección arterial superior a 4 cm; la gangrena traumática producida por lesión arterial, cuando por obstrucción amenazan de gangrena más o menos extensa; las embolias de los grandes vasos de las extremidades; ciertos aneurismas, principalmente traumáticos, cuya ventana vascular o cuyo volumen no consiente ya, por lo grande, la sutura sencilla ni la invaginación; las varices, aunque con algún temor de arrastre embólico siempre raro y la gangrena espontánea, que si a priori ofrece indicaciones claras, en realidad, es la más oscura de las expuestas. Del estudio profundo hecho dedujo que la anastomosis arteriovenosa es una verdadera autotransfusión sanguínea, que se proponía prevenir la muerte local inminente, si cargada ya una arteria no se puede establecer circulación supletoria adecuada, y el sistema venoso conserva su integridad anatómica y funcional. Finalmente, el autor creyó que sería lícito --- practicarla en el porvenir, no solo en los casos de asfixia, sino también en la pobreza hemática de ciertos órganos o regiones del cuerpo humano.

Desgraciadamente, el tiempo se encargaría de demostrar lo improcedente del método, de tal manera que GUEDEA (70), en 1910 aseguraba ya que había motivo más que suficientes para sospechar el fracaso del mismo, - en vista de las observaciones publicadas en diferentes países. El mismo SAN MARTIN hubo de reconocer en la misma fecha, dicho fracaso.

También, RIBERA (71), fue un cirujano conocedor de las técnicas vasculares de su tiempo, publicando casos muy afortunados tratados por él. A este respecto citamos dos casos incluidos en su estadística operatoria de 1895, en donde figura un aneurisma del pliegue de la ingle tratado por extirpa -

ción y ligadura de la iliaca, y otro de la arteria femoral en el que practicó ligadura de esta última arteria. En 1910 publicó un caso muy interesante de aneurisma en la región poplitea en un niño, que se había presentado a los 38 días de haber sufrido fractura del tercio inferior del fémur, por caída. En el acto operatorio se hallaron coágulos y sangre líquida, dislocación hacia atrás del fragmento superior del fémur y un agujero semilunar, de 2 cm, en la cara posterior de la arteria, habiendo colocado, primeramente, cuatro puntos de sutura y después un quinto punto para cerrar la arteria. El resultado fue un éxito completo (72).

En cuanto a los aneurismas de la aorta, casi todos lo que conocemos, nos llega de manos de ESPINA. Este autor, y en varias comunicaciones, basadas muchas de ellas en las piezas anatómicas, nos dejó sustanciosas aportaciones sobre la etiología, clínica y tratamiento. ESPINA creyó que esta afección la padecían especialmente los herreros y zapateros, pues los esfuerzos serían causa etiológica, pero además de estos las infecciones, especialmente la sifilítica, serían factores causales importantes. En cuanto a la clínica señaló que existían algunos aneurismas en los que no se percibían ruidos anormales e incluso eran asintomáticos toda la vida, de tal manera que solo se podía hacer el diagnóstico por la radiografía y, muy especialmente, por la radioscopia. Respecto al tratamiento cree que las inyecciones de gelatina han dado resultados favorables en algunos casos, pero en otros, han adelantado la muerte, sin embargo, el reposo sería de gran importancia terapéutica así como los yoduros y los antiguos métodos de VALSALVA y ALBERTINI (73)(74)(75).

Otros autores que se preocuparon del problema referente a los aneurismas aórticos fueron CODINA (76), DECREP (77), HERGUETA (78), y ORTEGA MOREJON, LUIS (79).

Poco más hay que referir sobre las técnicas de cirugía vascular ya que las alusiones al tratamiento quirúrgico de las varices son muy escasas e indirectas, tales como el caso presentado por SAN MARTIN en donde el enfermo era portador de una muy antigua úlcera varicosa de 12 años de evolución y en quien practicó una escisión de la vena safena interna y tracción del nervio ciático-popliteo externo, con resultados satisfactorios.

CIRUGIA UROLOGICA.-

Entre las técnicas practicadas por nuestros cirujanos y hoy integradas dentro de especialidad urológica, merecen destacarse las circuncisiones por fimosis, uretrotomías internas y externas, autoplastias por hipospadias, operaciones de hidrocele, castraciones, amputaciones de pene, distintas modalidades de talla, etc.

Prolongación congénita del prepucio.- Ya en 1863, se hizo en la Academia una revisión del problema de los estados patológicos -- producidos por la prolongación congénita del prepucio. A este respecto, el Sr. GONZALEZ OLIVARES, presentó una memoria sobre el particular que originó interesantes debates en el año 1864.

Dice CALVO y MARTIN (81), en la discusión promovida por tal memoria que llama la atención el que un proceso morboso tan frecuente y de fácil tratamiento quirúrgico no hubiera sido estudiado lo suficientemente bien en otras épocas, especialmente, en cuanto a las consecuencias que esta anomalía prepucial podría acarrear al organismo. Dijo también que nada hay, en los antiguos, desde CELSO hasta PABLO DE EGINA, poco o nada en las épocas árabes y hasta GUIDO DE CHAULLAG, nada en el renacimiento, ni en los clásicos, DAZA CHACON, HIDALGO DE AGUERO y otros, ni aún en los autores especiales desde FRACASTOR y ASTRUC hasta HUNTER.

GONZALEZ OLIVARES (82), recoge en su memoria 19 casos -- personales con los cuales trata de demostrar la importante repercusión patológica que tienen las prolongaciones del prepucio y su curación cuando se instaura la terapéutica quirúrgica correcta. Alteraciones genitales como vicios de masturbación, satisfacción sexual con excesiva prontitud y a veces dolorosa, acumulación de sustancias sebaceas dentro del prepucio, producción de erosiones y escoriaciones, pueden padecerse como consecuencia de esta anomalía. Análogamente, pueden presentarse alteraciones del aparato urinario como neuralgias -- del miembro y vesicales, simulando cálculos e incluso desórdenes nerviosos tal como histerismo, hipocondria, gastralgias y algunas veces vesanías. Finalmente, llama la atención sobre la relación del cáncer balano-prepucial con la mencio-

nada anomalia.

Las teorías de OLIVARES fueron criticadas por CASTELO y CALVO para quienes no eran tan originales la totalidad de las observaciones ex puestas por el primero. CASTELO (83) recordó, a este respecto, que hay una memoria de JUAN FEDERICO BABE escrita en 1739, que versó sobre la fecundidad derivada de la circuncisión. CALVO, igualmente, recordó en los debates académicos mencionados, que muchos de los conceptos vertidos por OLIVARES se encontra ban ya en la memoria del Sr. HENRY, y que los resultados muy favorables obteni dos al operar la prolongación prepucial con estrechez de la uretra que a su -- vez era corregida, eran debidos más a la corrección de ésta, ya que las esteno sis uretrales que habían sido mejor estudiadas justifican mejor los fenómenos patológicos a los cuales se refería OLIVARES. Por lo dicho se deduce que CALVO daba mucha más importancia a la estrechez de la uretra que a la prolongación -- prepucial y que, desde luego, había también que separar las prolongaciones sim ples sin estenosis, de las que además comportaban estrechez. CALVO fue un au -- tor de gran experiencia en la materia, pues como el mismo dijo, solamente en -- un año había tenido 800 observaciones sobre el particular y, sin embargo, no -- había podido comprobar que se disipasen siempre, tras la operación, la larga -- serie de síntomas expuesta por OLIVARES.

Estracción de cálculos vesicales. Tallas. Lito-- trica y litolaplasia.- La necesidad de extracción de cálculos urinarios -- fue pronto comprendida por nuestros cirujanos, existiendo constancia de ello en la Academia, donde se presentaron casos singulares de litiasis, resueltos qui -- rúrgicamente, así como también, de las distintas técnicas aplicables para lo -- grar tal fin. CALVO (84) en 1866, presentó la historia de una enferma portadora de un cálculo en vejiga urinaria que se había formado alrededor de una horqui -- lla, de las del pelo, introducida en la uretra. NIETO SERRANO habló en la Aca -- demia, en 1875, de un caso notable de extracción de un cálculo urinario de --- grandes dimensiones que se había presentado en 1874, conservado en la Facultad de Medicina de Madrid, y se aportaron, al mismo tiempo en la Corporación, cir -- cunstancias y condiciones dignas de tenerse en cuenta para quién, en lo sucesi -- vo, hubiera de practicar operaciones similares (85); el mismo autor volvió a -- referir que en 1876, nuevamente, se expusieron varias observaciones sobre nume -- rosos cálculos vesicales extraídos por talla vesico-vaginal (86). En 1880 CAL-

VO (87), practica para igual fin una talla lateralizada, sin catéter conductor del instrumento cortante, en un niño portador de una litiasis vesical, y en -- 1883, extrae otro cálculo oval, también por talla (88).

Sin embargo, era necesario establecer unas normas, que guiaran a los prácticos sobre las indicaciones y las ventajas e inconvenientes de los distintos tipos de técnicas utilizados y de la comparación de los diversos métodos. Por ello, en 1889, con motivo del discurso pronunciado por CREUS (89), sobre talla y litotricia, se establecieron numerosos debates en los cuales dejaron patente su opinión SAN MARTIN (90)(91), CORTEJARENA (92), PULIDO -- (93), CREUS 994), CALVO (95) y SANTERO (96).

La apología de la litotricia, sobre todo reformada por -- las modificaciones oportunas y que constituye la técnica designada como litoplaxia se le pusieron limitaciones de aplicación, en estos debates, en determinadas circunstancias que exigían apelar a otros medios. En cuanto a la talla -- hipogástrica se llegó al acuerdo de que se practicaba ya con mejor fortuna que en épocas precedentes, merced, sin duda, a los eficaces medios existentes, para evitar la infección, pero que a pesar de ello existían, aún, salvedades y -- limitaciones que hacen no pueda aceptarse su adopción general y, por ello, a -- veces, hay que adoptarla en segunda línea.

Respecto a la talla perineal se dijo que era una operación -- empírica y mas artística que científica y que la abdominal, por el contrario, respondía mejor a los progresos de la ciencia moderna y debería ser el mé -- todo preferente, vaticinando que andando el tiempo, llegaría no solamente a -- ser técnica preferible, sino incluso exclusiva. Su ejecución, no es temible, -- ya que no existirá infiltración de orina, ni herida del peritoneo, ni infección en el tejido prevesical, estando todos los peligros conjurados al más perfecto conocimiento anatómico y a evitar la infección.

No obstante, como dijo NIETO SERRANO (97), algunos acadé -- micos insistieron en que aún la talla hipogástrica no dejaba de ser más peli -- grossa que la perineal y que, también, de momento, las estadísticas les eran -- más favorables a la última. Por otra parte, para estos mismos autores, seguía siendo la infiltración urinaria a menudo desastrosa, porque ni las condiciones

anatómicas ni los procedimientos antisépticos bastaban siempre para hacerla -- inofensiva.

En medio de estas oscilaciones, la litolaplasia, es de - cir, la litotricia reformada y rápida, recibió de todas partes muestras de con sideración y respeto y, como es natural, nadie prefiere la operación cruenta - cuando es posible aplicar un más suave procedimiento. Es lógico que los méto- dos incruentos fuesen seductores y el propio CORTEJARENA (98), dió cuenta de - extracción de cálculos y cuerpos extraños depositados en la vejiga urinaria de la mujer.

Como quiera que durante años posteriores siguió sin en - contrarse una doctrina unánimemente aceptada, hubo de volver nuevamente a deba te dicha cuestión, esta vez con motivo de la presentación de la célebre esta - dística operatoria de RIBERA SANS (99) en 1895. Este autor siguió defendiendo la talla perineal, en la modalidad de técnica original de CREUS, pues aseguró que en las operaciones de cistotomía debía aún preferirse esta técnica por ser método más rápido y seguro, y apelando a la talla hipogástrica cuando haya neo plasma, para combatir la cistitis tuberculosa (100).

RIBERA defendió, no obstante, que cada caso tenía sus in dicaciones y así, algunas veces, no creyó conveniente aplicar la litotricia, e incluso otras veces, en que había empezado esta, hubo de suspenderla practican- do la talla perineal o hipogástrica, y desde luego, se ratificó en que el pro- cedimiento de talla perineal de CREUS era muy fácil, pues solo era necesario - un catéter y un bisturí, con el que se corta el diámetro oblicuo izquierdo de la próstata, siendo más seguro que el método donde se emplea el bisturí solo y donde se corta a ciegas (101). También CORTEJARENA defendería a la talla peri- neal, y por cierto, advirtió que no estaba de acuerdo en la paternidad del pro cedimiento de CREUS pues según él, esa técnica es mucho más anterior a dicho - autor y que el mismo la había practicado con un bisturí corto, parecido a un - cortaplumas y con supresión de todos los apósitos (102).

En el curso de estos debates, MORENO POZO (103) defendió la litolaplasia o litotricia rápida recomendando incluso en los niños, citando algunas estadísticas muy halagueñas. Recordó que en nuestro país SANCHEZ TOCA

había desechado la litotricia lenta porque los españoles no podían resistirla, dada su constitución irritable, en tanto que la sufrían perfectamente en Alemania, Inglaterra y aún en Francia, cuyos naturales según TOCA ofrecían mayor calma y tranquilidad. Finalmente, señaló como los Drs. BENJUMEA y CEBALLOS de Cádiz, habían resuelto ya hacía más de 30 años, el problema de ejecutar con facilidad la operación de talla, pues ni usaban conductor, bastándole un corta - plumas y las pinzas de la bolsa portátil, curándose los operados en pocos días sin apósito alguno y colocados en la cama sobre un hule. Sin embargo, a pesar de ello MORENO POZO insistió, como hemos dicho, en que la litotricia rápida de bería sustituir a la talla, por sus prontos y felices resultados, exentos de - las molestias que eran inseparables de la antigua litotricia, especialmente en lo tocante a la emisión de la orina.

GALLARDO (104), por el contrario, no comprendía como un maestro como RIBERA seguía aún siendo partidario de la talla perineal, pues la realidad era que estaba bastante abandonada ya en los países adelantados en ci rugía, pues con la litolaplasia podrían operarse todos los cálculos hasta un - diámetro de 5 ó 6 cm, excepto los de oxalato, que son raros, y con la talla hi pogástrica los de un diámetro mayor. Este último tipo de talla, sería también más inofensiva que la perineal, con los nuevos adelantos técnicos registrándose en aquella menos accidentes infecciosos. Las tallas perineales habían de -- quedar reservadas para llenar algunas indicaciones especiales, relativas al es tado de las vías urinarias, o de susceptibilidad general para el cateterismo, así como para combatir algunas cistitis dolorosas.

De inestimable interés es el caso presentado por SAN MAR TIN (105), con el cual demostró la excelencia de la talla hipogástrica de la - que se sintió apasionado defensor. El enfermo era portador de fístulas urina - rias que indicaban la uretrotomía externa, y que no había de curarse con la dí latación graduada de la uretra y en el cual se encontró un cálculo en la vegi ga. Hizo primero la litotricia, observando que el cálculo era duro y volumino - so y la uretra muy delicada; practicó después la talla perineal media, extra - yendo muchos cálculos y lavando cuidadosamente la vegiga, pero como quiera que el enfermo siguió arrojando cálculos, este caso le había demostrado que hubie - ra sido más conveniente haberle practicado la talla hipogástrica que le hubie - ra dejado enteramente tranquilo.

Con esta intervención, logró la curación de casos tan difíciles de tratar como el de un enfermo que desde hacía 4 años, consecutivamente a un traumatismo de uretra, y habiendo sido operado de uretrotomía interna, presentaba gran número de fístulas urinarias a manera de regadera situadas en las regiones anteriores del vientre e isquiáticas, así como en los órganos genitales (106).

Estos hechos hacen que la talla hipogástrica se aplique cada vez más y con brillantes resultados, y así PULIDO (107) con este mismo -- procedimiento curó a otro enfermo también muy grave. Este paciente, portador -- de un gran cálculo, simultáneamente tuvo una inflamación uretral por la aplicación de permanganato para combatir una uretritis, que le produjo retención de orina y dos fístulas. Sometido a diversas operaciones y entre ellas a la uretrotomía interna, sufría desde hacía seis años y necesitaba el uso de la sonda cada media hora. Finalmente, hemos de anotar las aportaciones de nuestro compatriota VIFORCO, quién como dijo IGLESIAS (108), adquirió en nuestro País y en las clínicas extranjeras un gran dominio de las enfermedades de las vías urinarias, siendo así muy admirada su habilidad en la práctica de operaciones quirúrgicas y, muy especialmente, de la talla.

#### Infiltraciones y abscesos uretrales. Uretrotomías.

Así como los problemas litíasicos estuvieron muy presentes siempre, dedicándoles especial atención nuestros cirujanos, también existían otros no menos graves y que preocupaban, asimismo, seriamente. Nos estamos refiriendo a las temibles infiltraciones y abscesos urinarios que durante los años 1877 y 1878 fueron preocupación de los académicos, siendo discutida sus causas, sus síntomas, sus mecanismos de producción, su gravedad y su tratamiento. Al estudiar sus causas dijo NIETO SERRANO (109), se habló de las estrecheces uretrales, y se expusieron métodos particulares para vencerlas; se mencionaron las diferentes enfermedades de la próstata, reconociendo el grado de influencia que les correspondía en la producción de las infiltraciones y también no hubo de omitirse la indicación de las úlceras causadas por agentes que obran de fuera a dentro. Los métodos curativos de las infiltraciones urinarias fueron tratados regularizando su uso y mejorando la aplicación de los ya conocidos, desde el cateterismo, si es posible, hasta la punción de la vejiga (por varios procedimientos). También es importante señalar que no se dejó tampoco en olvido los estados generales que



pueden proceder de la retención en la sangre de productos tóxicos o de la reabsorción de los principios de la orina, es decir, se trató de la uremia y de la amonihemia.

Posteriormente, el tema de las infiltraciones urinarias, fue tratado, magistralmente, por un auténtico especialista, profesor numerario de cirugía del Hospital General, ocupando la primera clínica de enfermedades de las vías urinarias. Nos estamos refiriendo al ya mencionado ALFREDO RODRIGUEZ VIFORCO, cuya vida dentro de la Real Academia fue tan efímera (murió antes de cumplir los 50 años), pues fallecería poco más de un año después de haber tomado posesión de su plaza de Académico. Su discurso de recepción (110), versó sobre la "Patogenia y tratamiento de los abscesos e infiltraciones de orina", ofreciendo un luminoso trabajo, verdadera monografía sobre afecciones tan graves como difíciles de tratar y sosteniendo en él que el origen estaba en las estrecheces uretrales y las lesiones que estas crean y que es de tanta urgencia el tratamiento de la lesión causal, como el de los accidentes que ocasiona y, conforme a este principio, debería combatirse desde el primer momento y en una sola sesión la estrechez y los procesos que determinan. La terapéutica en un tiempo fue defendida por RIBERA (111), académico encargado de contestar al anterior discurso.

Las uretrotomías ya han sido mencionadas de pasada más arriba, y sobre las que insistimos, ahora, para destacar que fueron operaciones bastante practicadas, tanto las internas como las externas, pero que, desgraciadamente, producían gran número de complicaciones. De esta forma, en la Academia existen numerosos casos aportados, algunos ya señalados, y otros como los que figuran en dos notas sobre sendos casos de uretrotomías enviadas en el año 1866, como quedó constancia en la sesión literaria del 4 de octubre, así como los 6 casos (5 externas y 1 interna) de RIBERA (112) publicadas en 1895.

Operaciones plásticas.- En cuanto a las operaciones plásticas sobre los órganos genitales, fueron aplicadas en los casos de hipospadia, epispadia, y en las operaciones consecutivas a procesos neoplásicos. -- SAN MARTIN (113), operó brillantemente un caso de epispadias de tercer grado, viniendo a demostrar las excelencias del nuevo método empleado, distinto del ya clásico de TIERSCH, con tallado del colgajo pubiano y desdoblamiento del --

opérculo prepucial. RIBERA, por su parte, practicó hasta 1895 seis operaciones de autoplastia en cuatro enfermos de hipospadias, y respecto a los cuales señala GALLARDO (114), que no es extraño que curase nada más que uno, ya que estas operaciones para él son muy delicadas y no dan, regularmente, resultados.

De interés también resultó la autoplastia practicada por SAN MARTIN, en un paciente portador de un epiteloma de los órganos genitales, y a quién, tras la amputación adecuado, hubo de formar una especie de vulva -- con la piel del escroto.

**Cirugía del Hidrocele.** -- En cuanto a la cirugía del hidrocele, señalaremos solamente la aportación original de los autores españoles Dr. ARGUMOSA y la del Dr. D. EUSEBIO MORALES. Según RODRIGUEZ BENAVIDES, -- en su discurso inaugural (115), el primero propuso el método de tratamiento -- consistente en la introducción de bordones en la cavidad de la túnica vaginal, el segundo, excelente cirujano del Hospital General de Madrid, obtenía asimismo, la curación simplemente a beneficio de punciones múltiples. Además de estas técnicas, los cirujanos españoles utilizaron los más diversos procedimientos -- para el tratamiento quirúrgico del hidrocele y así RIBERA de los nueve enfermos tratados de esta índole, hasta 1895, seis lo fueron por el procedimiento de inyección de tinctura de yodo, dos por incisiones y uno por punción (116).

**Nefrostomía y Nefrectomía.** -- Para terminar, no queremos omitir las actuaciones quirúrgicas directamente sobre el riñón, a pesar de que no son muy abundantes las referencias sobre el particular, como lo demuestra que el propio RIBERA en su importante estadística operatoria no incluye -- ningún caso. Sin embargo, dichas operaciones eran practicadas, como lo demuestra la comunicación de RUBIO en 1890 (117), sobre el tratamiento de una pionefrosis del riñón derecho curado por extirpación a través de una lumbotomía --- transversa, y el caso aportado por GUTIERREZ (118), también en una enferma portadora de una pionefrosis ascendente muy grave y en la que practicó la laparotomía central, desechando la nefrotomía lumbar y lateral; abrió el riñón, ex -- trayendo dos litros y medio de pus y suturó por encima del ombligo. El caso, -- además, fue presentado para demostrar la posibilidad de practicar grandes in -- tervenciones quirúrgicas en el embarazo ya que aquellas no modifican el curso de éste, según dicho autor.

Indudablemente, las palabras de RUBIO (119), sobre el -- particular, aclaran el estado de esta cirugía, dice así:

..."Aunque las extirpaciones renales son actos quirúrgicos perfectamente clásicos y frecuentes en la cirugía alemana e inglesa, clásicos también en la francesa e italiana, si bien menos frecuente, en nuestro país, la opinión no está formada aún"...

Como vemos, hay que aceptar un cierto retraso en esta -- parcela de la cirugía, máxime, teniendo en cuenta lo dicho sobre el estado en -- otras naciones europeas, y que según RODRIGUEZ BENAVIDES (120), en América, el riñón se venía extirpando desde que SOTODART, de Visconsin, la llevara a cabo en 1861 y PEASLEE en 1868.

### CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA.-

Técnicas como los legrados, las colpotomías, raspados del cuello y cauterización uterina por epiteloma, cateterismo de la matriz, refresco u sutura de fístulas vesico-vaginales, tratamiento del prolapso uterino, histerectomía vaginal; maniobras obstetricas como la versión, parto forzado, y la aplicación de forceps, embriotamías, etc., venían practicándose mucho antes de la época pelisteriana, pero lo verdaderamente trascendente de la cirugía que nos ocupa es su vinculación al espectacular desarrollo alcanzado por la cirugía abdominal. Las ovariectomías fueron, y en principio como causa accidental, las que promovieron las técnicas laparotómicas y cuyo singular acontecimiento describiremos en otro lugar con su debida extensión.

Pero si esto es así, no menos cierto es, que únicamente cuando las técnicas laparotómicas alcanzan una perfección adecuada, es cuando la cirugía obstétrica y ginecológica llega a la etapa de desarrollo definitivo con la introducción de técnicas como la propia ovariectomía reglada, la histerectomía abdominal, la cesarea transperitoneal, la cirugía del embarazo ectópico, técnicas de esterilización y castración, etc., componentes básicos de la moderna cirugía tocoginecológica.

Es decir, si en un principio fue una operación ginecológica la que originó la puesta en marcha de las técnicas laparotómicas, en una segunda etapa, y con el perfeccionamiento de éstas, fue cuando únicamente se logró el desarrollo definitivo de la cirugía tocoginecológica.

Sin embargo, como es indudable que la ovariectomía, la histerectomía, la cesárea y la cirugía del embarazo ectópico son técnicas que con derecho propio pertenecen a la cirugía de las grandes cavidades, creemos justo su descripción en el apartado referente a la cirugía de la cavidad abdominal, a pesar de que, indudablemente, seguirán siendo integrantes de la mencionada tocoginecología.

Es digno de mención que, antes de constituirse en especialidad la práctica de las técnicas citadas, eran llevadas a cabo por los cirujanos generales. Sin embargo, dentro de estos fueron pronto conocidos los --

que por sus conocimientos en la materia, su afición y pericia, destacaron notoriamente. Tal fue el caso de nuestros compatriotas CORTEJARENA, GUTIERREZ, RE-CASEN y COSPEDAL, que aportaron importantes contribuciones al desarrollo de esta especialidad. El mismo GUTIERREZ (121), fue un gran defensor de estas dedi-caciones preferentes dentro de los cirujanos ya que para él los adelantos asombrosos del arte operatorio serían debidos, principalmente, a los delirios de - las especialidades, constantemente, perfeccionadas por los numerosos profesos - res que a su estudio se dedicaban, cosa imposible de conseguir por el cirujano general, a quién no bastarían dos vidas que tuviese para inventar métodos y -- procedimientos operatorios, con el fin de corregir mejor las infinitas dolen-cias que pueden afectar a todos los órganos de la complicada máquina humana.

Fístulas vesico-vaginales y recto-vulvares.-Va-mos seguidamente a preocuparnos de algunos procesos y técnicas que no precisa-ban el uso de la laparotomía. Además de los casos publicados, de fístulas vesico-vaginales por GOMEZ TORRES (122) y RIBERA (123), tratados por refrescamien-to y sutura, de las fístulas recto-vulvares de CREUS (124) y del tratamiento - quirúrgico del prolapso de matriz (125), fue el legrado y lavado de la matriz el tema que despertó mayor interés en la Academia, por su relación terapéutica con un proceso de alta morbilidad y mortalidad, tal como la temible infección puerperal.

Legrados y Lavados uterinos. Infección Puerpe - ral.- Para SAN MARTIN, (126)(127), el raspado y el lavado era una técnica -- tan segura que llegó a consignar que sería muy responsable quién perdiera algu-na enferma a consecuencia de la fiebre propia del puerperio. Sin embargo CORTEJARENA (128), y CALVO (129)(130), objetaron que no podía considerarse como ex-clusivamente local dicha afección y que, aún si lo fuere, no era de suponer -- que pudiera siempre eliminarse a tiempo toda la causa exterior. Por otra parte, aún no faltaba quién impusiera sus restricciones a los saludables efectos de - la asepsia y de la antisepsia modernas, afirmándose por algún académico que la mayor y mejor parte de semejantes efectos se debía a la limpieza más que a la destrucción de los gérmenes vivientes.

CORTEJARENA (131), en su comunicación al Congreso de Gi-necología de Bruselas, de 1892, volvió a ocuparse del legrado, esta vez, en --

otras de sus indicaciones y de la técnica del cateterismo uterino. Respecto al primero, critica duramente su aplicación, en muchísimos casos de lesiones ligeras del cuello del útero, que por lo demás no se curaban según él con este solo medio, a pesar de que en otras aplicaciones considera que esta técnica representa un gran progreso. En cuanto al cateterismo, lo considera excelente medio diagnóstico y también un guía seguro y preliminar de otras manipulaciones, su abuso y utilización por manos no habituadas, podría ser origen de graves lesiones y abortos inesperados.

El problema de la placenta previa. Parto forzado.- Que duda cabe que siempre ha constituido la implantación anómala de la placenta un gravísimo problema y así, de esta forma, ALONSO (132), en 1879 lo describió ante la Academia: Una inserción central de la placenta en el cuello del útero es un hecho que envuelve cuestión grave en obstetricia.

Este autor presentó casos personales de tal anomalía, resultos favorablemente, por la dilatación normal del cuello uterino y la provocación del parto, así como también recordó que dos años antes había expuesto otro caso similar, y que todo ello probaba que el parto forzado en tales circunstancias, no es mortífero.

En otra sesión, el Sr. ALONSO (133), siguió manifestando su opinión sobre los medios que pueden utilizarse en tales casos. El taponamiento no ofrecería dudas para él, pero dijo que solo conviene cuando no se ha roto la bolsa, porque de otro modo la hemorragia se haría interna. Otro de los procedimientos que aconsejó es la rotura de la bolsa amniótica, cuando solo un borde de la placenta corresponde al cuello uterino, y además, se ha reconocido presentación de vértice, con mediana dilatación de cuello, pues a la rotura de las membranas sigue la contracción de la matriz y aplicación subsiguiente del vértice sobre el cuello constituyendo un verdadero tapón.

En cuando al problema más grave de la inserción central de la placenta, dijo que aunque algunos aconsejaban hacer la punción en el centro de la misma, sucede que en tal caso no pueda esperarse la terminación espontánea del parto, porque solo se efectuaría en casos muy excepcionales, por lo que sería un medio que no ofrecía verdadera utilidad.

Recordó que SIMPSON aconsejaba el desprendimiento completo y la avulsión de la placenta, pero con tal procedimiento se hace indispensable que sucumba el feto.

Por tanto, el único recurso que queda en los casos graves de este género es procurar la terminación del parto, para lo cual dijo se habían propuesto diversos procedimientos. El desbridamiento con el bisturí sería peligroso y la dilatación mecánica con globos de cautchout, por ejemplo, es de difícil ejecución, y demasiado lenta para lo que exigen las circunstancias. Lo mejor pues sería, para él, la dilatación gradual hecha con la mano, a la cual ayudaría el cornezuelo de centeno, discretamente usado.

Como era habitual, en la Corporación, ante problemas importantes, se pasó a un animado debate con la participación de ilustres académicos. CASAS (134), comenzó citando algunos casos de parto forzado por presentación previa de placenta; en uno de ellos se vió obligado a aplicarlo después de efectuado un taponamiento 48 horas antes; en otro, hubo de apelar a la histeretomía vaginal, para dilatar el cuello hasta tres centímetros por cada lado.

En cuanto al taponamiento, cree que la mayor parte de las veces, no corresponde al fin que se desea. Sin embargo, cuando el cuello no está dilatado ni dilatable, sirva para facilitar la coagulación de la sangre y entonces no deberían usarse hilas sino bolas huecas de goma, que pueden llenarse de aire y vaciarse a voluntad más; siempre que el cuello esté dilatado o dilatable, es preferible apresurar el parto.

En 1879, CORTEJARENA (135), entonces socio corresponsal, dijo que opinaba también como el Sr. CASAS que para salvar a las enfermas es preciso obrar con gran actividad, sin temores excesivos a roturas, que ni son tan fáciles ni tan frecuentes como algunos han supuesto.

La operación sería fácil, dijo también CORTEJARENA, cuando ocurría la hemorragia hacia el fin del embarazo y después de iniciado el parto natural, más no sucede así cuando sobreviene al octavo mes o antes, si bien, entonces, no suele ser tan intenso el flujo. En estos casos dice este autor que conviene preparar el parto antes de proceder a la introducción de la -

mano, usando el tapón, ya cualquiera de los demás recursos que sirven para estimular las contracciones uterinas.



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS.-

La quelotomía en las hernias estranguladas, ha estado libre de discusión y no siempre seguida de éxito, por cierto, como en los casos referidos por CALVO (136). Este autor señaló, en 1896 que, indudablemente, había casos prósperos, pero también muchos adversos, pues a veces tras la quelotomía y abierto el saco, salían tal cantidad de asas intestinales, que no era posible reintegrarlas a la cavidad abdominal antes de la muerte del enfermo. Sin embargo, como la quelotomía en la estrangulación se practicaba ante un peligro inminente si no se intervenía, estaría justificada practicarla, pero no era el mismo problema el de las hernias no estranguladas. El hecho justificó que le costara trabajo abrirse camino al tratamiento operatorio de las mimas, no admitiéndose como operación corriente hasta tanto no se demostró plenamente que las operaciones en el peitoneo no solo eran posibles, sino inocentes, casi siempre. Entonces, en este segundo caso, podríamos haberlo situado también en el capítulo de cirugía de las cavidades.

Un ejemplo del temor que se le tuvo a tales intervenciones lo encontramos en las palabras de BARDELEBEN, citado por RIBERA (13), ---- quién en la séptima edición de su obra (1875-76) decía: "para juzgar los distintos métodos propuestos, debe tenerse en cuenta primero las garantías de curación que dan, y segundo la gravedad que tienen; la abertura y excisión del saco, la castración, las suturas con hilo de oro, etc., deben darse por completo al olvido, porque estas operaciones, a la vez que son muy peligrosas, no garantizan contra la posibilidad de una recidiva".

En la obra de FOLLIN y DUPLAY (1879), también citada por RIBERA, se puede leer: "A pesar del entusiasmo que profesaba DESAULT, y compartía BICHAT, esta operación no ha podido sincerarse de la condenación severa -- que le impusieron SCARPA y POTT, el cual la consideraba como práctica poco honrada, y solo para explotar al público". Mas adelante, en la hernia inguinal dice: "los cirujanos franceses creen que nunca se debe aconsejar la operación de un enfermo que tenga una hernia que se pueda reducir, en las irreductibles, -- los esfuerzos del cirujano deben dirigirse a evitar las complicaciones, prescribiendo la aplicación metódica de un vendaje", vendaje que es lo único que aconseja en las hernias umbilicales, de la línea blanca, etc., es decir, abs --

tención absoluta de tratamiento operatorio.

Sigue RIBERA diciendo que hay que llegar al Tratado de las Hernias de SCHMIDT (con bibliografía hasta el año 81), para encontrar indicaciones y un comienzo de rehabilitación de los procedimientos operatorios de las hernias no estranguladas, y solo desde esta época es cuando en realidad es tas intervenciones quirúrgicas han ido abriéndose paso.

Prosigue RIBERA manifestando que visto lo cual, no es de extrañar que en libros relativamente modernos se anatematizaran esta clase de intervenciones, basta recordar que la primera operación de cura radical directa fue hecha por el cirujano inglés CH. SEEL, en 1874, y que solo desde 1876 - la habían efectuado NUSSABAUNN y RIESEL, y en 1879 CZERNY, SHEDE, SOCIN, etc., y que en Francia el primero que la realizó y rehabilitó fue LUCAS DE CHANIPION NIERE en 1881, si bien 11 años más tarde publicó 275 observaciones personales.

Por eso creemos importante señalar que en 1875 se sometió al juicio de la Sección de Cirugía, de la Real Academia de Medicina, un método para la curación radical de las hernias, practicado por EGEA, que había sido muy bien recibido ya por algunos cirujanos que también habían tenido ocasión de ensayarlo (138).

En 1889 es presentado un caso de hernia epiploica, curada por ligadura del tumor y en 1885, RIBERA SANS (139), había operado diez casos de curas operatorias de hernias; 8 inguinales, 1 crural, un lipoma en saco herniano y una hernia ventral, practicadas en la clínica oficial que se halló a su cargo durante los primeros cuatro cursos.

La cirugía de la hernia para SAN MARTIN (140), es puramente disectora o anatómica, hecho que quiso destacar este autor en una época en la que los adelantos técnicos parecían minimizar tales cualidades. Como de demostración de tal aserto, presentó dos casos operados por él. En el primero, practicó la cura radical de la hernia crural, por un método que, generalmente, se aplica a la inguinal, aprovechando el saco herniano y valiéndose de catgut para sujetarle. Tratábase de un epiplocele, variedad poco frecuente para este autor, cuyo saco se reseco y cosió en dobleces, hundiéndole en el borde exter

no del musculo recto. El otro caso de hernia presentado era el de un mozo de -  
cuerda, al cual operó solo en el lado derecho, quedándole una punta de hernia  
sin operar en el otro lado, por conveniencias del enfermo. SAN MARTIN creyó, -  
firmemente que estas operaciones constituyen un tributo a la cirugía de disec-  
ción, de efecto tan brillante como satisfactorio, por lo común.

## B I B L I O G R A F I A

\*\*\*\*\*

- 1 .- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica". Discurso leído en la solemne sesión inaugural en el año 1907 en la Real Adademia de Medicina. Madrid año 1907, páginas 11 y 12
- 2 .- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 22-VI de 1895, página 173. Año 1895.
- 3 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895, páginas 76 y 77 Año 1895.
- 4 .- CERVERA Y ROYO, RAFAEL: "Discurso sobre operación de cataratas". Actas - de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV. Sesión literaria del 14-XI-1867. Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 5 .- CERVERA Y ROYO, RAFAEL: "Discurso sobre operación de cataratas". Actas - de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV, sesión literaria del 21-XI-1867. Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 6 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Observaciones sobre operación de cataratas". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV, sesiones literarias del 28-XI-1867. Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 7 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Observaciones sobre operación de cataratas". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV. Sesiones literarias del 6-XII-1867. Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 8 .- CERVERA Y ROYO, RAFAEL: "Discurso sobre el glaucoma". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV, sesiones literarias del 9-XII-1869. Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 9 .- CALVO MARTI, JOSE: "Observaciones sobre glaucoma". Actas de las sesiones

en la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV, sesiones literarias del 9-XII-1869. Años 1867-1870. (Manuscrito).

- 10 .- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 23-III de 1895, página 88. Año 1895.
- 11 .- CALVO MARTI, JOSE: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo XVI, sesión literaria del I-II de 1896, página 69. Año 1896.
- 12 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Caso de epiteloma de labio inferior". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria del 14-IV-1883 página 184. Años 1883-1884.
- 13 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Operación de labio leporino doble, congénito y hernia de linea alba". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesión literaria del 18-V-1889. Año 1889.
- 14 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación sobre un caso de labio leporino doble y otro de úlcera de la lengua". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria del 21-IV-1884, página 221. Año 1884.
- 15 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación de operaciones de queiloplastia y de empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 29-II-1896, página 9. Año 1896.
- 16 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Discurso sobre uranoplastias". Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo III. Sesión literaria del 14-II de 1867. Años 1865-1867 (Manuscrito).
- 17 .- SANCHEZ TOCA, MELCHOR: "Continuación debate sobre uranoplastias". Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo III. Sesión literaria del 2-II-1867. Años 1865 a 1867. (Manuscrito).
- 18 .- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones sobre cirugía gástrica". Discurso

leído en la solemne sesión inaugural del año 1907 en la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid año 1907.

- 19 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 23-III-1895, página 88. Año 1895.
- 20 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Contestación al discurso sobre extirpación de la lengua, pronunciado por Ribera". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesión literaria del 27-V-1911. Año 1911.
- 21 .- SANCHEZ TOCA, MELCHOR: "Extirpación de la lengua". Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo IV, sesión literaria del 21-X-1869. -- Años 1867-1870. (Manuscrito).
- 22 .- RIBERA SANS, JOSE: "Caso de extirpación de lengua". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria de 27-V-1911. Año 1911.
- 23 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación sobre cáncer de lengua". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XI. Sesión literaria del 30-V-1891, página 160. Año 1891.
- 24 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1878, pronunciado en la inauguración de 1878 en la Real Academia de Medicina". Memoria de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 25 .- MARIANI LARRION, JUAN MANUEL: "Presentación de un operado de extirpación completa de la laringe por Cisneros". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII, sesión literaria del 31-V-1902, página 216. Año 1902.
- 26 .- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Valor e indicaciones del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la laringe". Discursos para la recepción pública pronunciado en la Real Academia de Medicina, Madrid, año 1906.
- 27 .- ESPINA CAPO, ANTONIO: "Discurso contestación al de recepción pública del Dr. CISNEROS". Discurso para la recepción pública pronunciado en la Real

Academia de Medicina. Madrid Año 1906

- 28 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1909, pronunciado - en la inauguración de la Real Academia de Medicina en 1910". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XX. Año 1910.
- 29 .- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Extirpación de la laringe". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 27, sesión literaria del 9-II-1907, páginas - 73 y 74, año 1907.
- 30 .- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Dos notas clínicas sobre extirpación de la laringe". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 27. Sesión literaria del 20-IV-1907.
- 31 .- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Presentación de dos casos de extirpación total - de la laringe". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 25-VI-1910, página 314. Año 1910.
- 32 .- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Comunicación de un caso de extirpación de la laringe y otro de cuerpo extraño en el bronquio derecho". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 3-II-1912, página 92. Año 1912.
- 33 .- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Estado actual de la cirugía laringea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesiones literarias del 16-III de 1912 y del 27-IV-1912. Año 1912.
- 34 .- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Observación sobre la cirugía de la laringe". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII. sesión literaria del 3-II-1912, página 93. Año 1912.
- 35 .- BOTELLA ERNESTO: "Observaciones sobre cirugía de la laringe". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII. Sesión literaria del 20-IV de 1912, páginas 278 y 282, y del 4-V-1912, página 283, año 1912.
- 36 .- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Observaciones sobre cirugía laringea". Anales

de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII. Sesión literaria del 20-IV de 1912, página 280, año 1912.

- 37 .- RIBERA SANS, JOSE: "Bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de -- Medicina. Sesión literaria del 16-III-1907, tomo XXVII, página 112. Año 1907.
- 38 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones sobre el bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesiones literarias del 16-III-1907, páginas 112 y del 23-III-1907, páginas 234 y 242. Año 1907.
- 39 .- GOMEZ OCAÑA, JOSE: "Observaciones sobre bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesión literaria del 23-III-1907, página 234, año 1907.
- 40 .- ALONSO SANUDO, MANUEL: "Observaciones sobre bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesión literaria del 23-III de 1907, página 240 año 1907.
- 41 .- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 21-V de 1910, página 299.
- 42 .- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones al tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias - del 21-V-1910, página 300 y del 4-VI-1910, página 309. Año 1910.
- 43 .- GUEDEA CALVO, LUIS: "Observaciones al tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del - 28-V-1910, página 301. Año 1910.
- 44 .- DECREF Y RUIZ, JOAQUIN: "Observaciones al tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX. Sesión litera - ria del 28-V-1910, página 301. Año 1910.
- 45 .- GODINA Y CASTELLVI, JOSE: "Observaciones al tratamiento del bocio exof-



tálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 28-V-1910, página 303 y del 2-VI-1910, página 310. Año 1910.

- 46 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones al tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo XXX, sesión literaria del 4-VI-1910, páginas 305 a 308. Año 1910.
- 47 .- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Observaciones sobre tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 2-VI-1910, página 310. Año 1910.
- 48 .- ORTEGA MOREJON, LUIS: "Observaciones sobre el tratamiento del bocio exoftálmico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria de 2-VI-1910, página 310, año 1910.
- 49 .- ALBASANZ: "Observaciones sobre el tratamiento del bocio exoftálmico" -- "Anales de la Real Academia de Medicina". Tomo XXX, sesión literaria de 2-VI-1910, páginas 305 a 308. Año 1910.
- 50 .- GUEDEA CALVO, LUIS: "Anestesia local". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesiones literarias del 4-II-1911, página 99, y del 11-II-1911, página 110, y 8-IV-1911, página 280. Año 1911.
- 51 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 16-III-1895, páginas 77 y 78 año 1895.
- 52 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación sobre un caso de tumor difícil de diagnosticar que se observó en la región temporal izquierda, al bajar la cabeza y sobre el cáncer de mama". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IV, sesión literaria del 29-IV-1882, página 132. Año 1882.
- 53 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Pensamiento médico moderno ante la práctica". Discurso inaugural pronunciado en la solemne inauguración de la Real Academia de Medicina. Madrid, año 1895, página 41.

- 54 .- POBLACION FERNANDEZ, ANTONIO: "Origen y vicisitudes de la terapéutica -- que han usado los cirujanos españoles en las heridas de arma de fuego". Memoria premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid año 1863, páginas 9 y 10.
- 55 .- GOMEZ PAMO, MARCELINO: "Origen y vicisitudes de la terapéutica que han - usado los cirujanos españoles en las heridas de arma de fuego". Memoria premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid. Madrid año 1863, página 11.
- 56 .- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Progresos de la cirugía". Discurso -- inauguración, pronunciado en la solemne inauguración de la Real Academia de Medicina. Madrid, año 1887, páginas 103 y 104.
- 57 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 1-II-1896, página 69. Año 1896.
- 58 .- BERROCAL VICENTE MARIA: "Memoria sobre extirpación de un aneurisma". Actas sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo III, sesión literaria del 18-X-1866. Año 1865-1867. (Manuscrito).
- 59 .- RUBIO Y GALLI, FEDERICO: "Nota sobre un aneurisma de la arteria carótida primitiva, tratado por compresión entre el tumor y los capilares". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesiones literarias del 28 II de 1879, página 55; del 20-III-1879 y del 27-III-1879. Año 1879.
- 60 .- CALVO MARTI, JOSE: "Discurso sobre el caso de aneurisma del Dr. Rubio". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesiones literarias del 6-III-1879, del 13-III-1879 y del 27-III-1879. Año 1879.
- 61 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación sobre el caso de aneurisma presentado por el Dr. Rubio". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesiones literarias del 27-III-1879 y del 2-IV-1879. Año 1879.
- 62 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación de tres casos de aneurismas arteria-

- les tratados por la ligadura con cuerda de tripa fenicada" Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II, sesión literaria del 7-II-1880, página 36. Año 1880.
- 63 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Un caso de aneurisma de carótida interna". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VI. Sesión literaria del 29-III de 1884, página 996. Año 1884.
- 64 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Un caso de aneurisma de la arteria poplitea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria del 28-IV de 1883, página 194 y del 22-III-1884, página 483. Años 1883-1884.
- 65 .- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones a un caso de aneurisma de la arteria carótida interna". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria del 29-III-1889, página 496 a 498. Año 1884.
- 66 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Observaciones sobre las ideas y prácticas del Dr. Creus en los aneurismas". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo V sesión literaria del 5-IV-1884. Año 1884.
- 67 .- DIAZ BENITO, JOSE: "Observaciones acerca del caso de la ligadura expuesta por Creus". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V. Sesión literaria del 19-IV-1884, página 523. Año 1884.
- 68 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1884 pronunciado en la inauguración de la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 69 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Cirugía del aparato circulatorio". Discurso inaugural leído en la solemne inauguración de la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1902.
- 70 .- GUEDEA CALVO, LUIS: "Tratamiento de las gangrenas por sutura arteriovenosa". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 7-V-1910, páginas 294 y 295. Año 1910.

- 71 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 16-III-1895, página 63. Año 1895.
- 72 .- RIBERA SANS, JOSE: "Caso de aneurisma". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 23-IV-1910, página 285. Año 1910.
- 73 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Presentación de fotografías referentes a aneurismas de la aorta abdominal y reeducación del movimiento". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVI, sesión literaria del 28-IV-1906, - página 223. Año 1906.
- 74 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Caso de aneurisma de la aorta". Anales de la -- Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 1-V-1909, página 263. Año 1909.
- 75 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Caso de aneurisma de la aorta". Anales de la -- Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 12-II-1910, página 83. Año 1910.
- 76 .- CODINA Y CASTELLVI, JOSE: "Presentación de una pieza anatómica de aneurisma de aorta". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 23-IV-1910, página 287 y del 14-V-1910, página 295.
- 77 .- DECREP Y RUIZ, JOAQUIN: "Observaciones acerca de aneurisma de aorta". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 7-V-1910, página 297. Año 1910.
- 78 .- HERGUETA Y MARTIN, SIMON: "Observaciones acerca de aneurisma de aorta". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 14-V-1910, páginas 197 y 198. Año 1910.
- 79 .- ORTEGA MOREJON, LUIS: "Observaciones acerca de aneurisma de la aorta". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 4-V-1910, páginas 297 y 298. Año 1910.

- 80 .- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Presentación de un caso de úlceras de piernas y otro de mama". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX, sesión literaria del 24-II-1900, página 106. Año 1900.
- 81 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Discusión de la memoria del Sr. Olivares sobre prolongación congénita del prepucio". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II. Sesión literaria del 21 de enero de 1864. Años 1863-1865. (Manuscrito).
- 82 .- GONZALEZ OLIVARES, JOSE: "Prolongación congénita del prepucio". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II, sesiones literarias del 17-XII-1863. Años 1863-1865. (Manuscrito).
- 83 .- CASTELO Y SERRA, EUSEBIO: "Observaciones sobre prolongación congénita del prepucio". Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II, sesión literaria del 17-I-1864. Años 1863-1866. (Manuscrito).
- 84 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Cálculo urinario formado alrededor de una horquilla de las del pelo introducida en la uretra". Actas de las sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo III, sesión literaria del 6-XII-1866. Años 1866-1867. (Manuscrito).
- 85 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1874 pronunciado en la inauguración de la Real Academia de Medicina en 1875". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Años 1862-1880.
- 86 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1876 pronunciado en la inauguración de la Real Academia de Medicina en 1877". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 87 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Cálculo de vejiga urinaria extraído por talla sin catéter conductor". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. Tomo II, sesión literaria del 20-III-1880, página 126.
- 88 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Tumor aneurismático y un cálculo oval extraído por talla". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria

del 21-IV-1883, página 190. Año 1883-1884.

- 89 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Discurso sobre talla y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX. Sesión literaria del 2-III-1889, página 78. Año 1889.
- 90 .- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Discurso sobre las diversas clases de tallas". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesión literaria del 9-III-1889. Año 1889.
- 91 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Tallas y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesiones literarias del 18-V-1889, página 188, del 25-V-1889, página 191 y del 1-IV-1889, página 195. Año 1889.
- 92 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre talla perineal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesión literaria del 23-II-1889 página 93.
- 93 .- PULIDO FERNANDEZ, ANGEL: "Talla y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesiones literarias del 30-III-1889, página - 158, del 6-IV-1889, página 163, del 1-VI-1889, página 197 y del 8-VI-1889 página 198. Año 1889.
- 94 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Talla y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesiones literarias del 8-VI-1889, página 165 y del - 11-V-1889, página 184. Año 1889.
- 95 .- CALVO Y MARTI, JOSE: "Talla y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesiones literarias del 13-IV-1889, página 173; del - 4-V-1889, página 180 y del 15-VI-1889, páginas 375. Año 1889.
- 96 .- SANTERO Y MORENO, TOMAS: "Talla y litotricia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesión literaria del 15-VI-1889, página 202. Año 1889.
- 97 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen de tareas del 1889 pronunciado

en la inauguración de 1890 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1890.

- 98.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Extracción de cálculos vesicales sin operación cruenta". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XI, sesión literaria del 28-II-1891, página 77. Año 1891.
- 99.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones acerca de la estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 23-III-1895, página 88. Año 1895.
- 100.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 27-IV-1895, página 121. Año 1895.
- 101.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 27-IV-1895, página 123. Año 1895.
- 102.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 18-V-1895, página 140. Año 1895.
- 103.- MORENO POZO, ADOLFO: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 20-IV-1895, página 116 - Año 1895.
- 104.- GALLARDO: "Terminación del discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 8-VI de 1895, página 157. Año 1895.
- 105.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 15-VI-1895, página 169. Año 1895.
- 106.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Presentación de operados". Anales de la Real Aca-

demia de Medicina. Tomo XXII. Sesión literaria del 26-IV-1902. Año 1902.

- 107.- PULIDO FERNANDEZ, ANGEL: "Comunicación sobre un caso de litiasis vesical" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 27-VI-1908, página 363. Año 1908.
- 108.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1904 pronunciado en la inauguración de la Real Academia de Medicina en 1905". Memorias de la -- Real Academia de Medicina. Tomo XVIII. Año 1905.
- 109.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1877 pronunciado en la - inauguración de la Real Academia de Medicina en 1878". Memoria de Secre- taria de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 110.- RODRIGUEZ VIFORCO, ALFREDO: "Patogenia y tratamiento de los abscesos e infiltraciones de orina". Discurso pronunciado para la recepción pública en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1903
- 111.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso contestación al de recepción pública de Ro- driguez Viforco". Discurso pronunciado para la recepción pública en la - Real Academia de Medicina. Madrid año 1903.
- 112.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895. Año 1895.
- 113.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación referente a un caso de operación de epispadia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XII. Sesión li- teraria del 21-V-1892. Año 1892.
- 114.- GALLARDO: "Terminación del discurso sobre estadística operatoria". Ana- les de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 8-VI de 1895, página 156. Año 1895.
- 115.- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Progresos de la cirugía". Discurso - inaugural pronunciado en la solemne de la Real Academia de Medicina. Ma- drid. Año 1887.



- 116.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895, página 79. Año 1895.
- 117.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Comunicación sobre pnonefrosis del riñón derecho". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria de 31-V-1890, página 375. Año 1890.
- 118.- GUTIERREZ Y GONZALEZ EUGENIO: "Caso de pnonefrosis en el embarazo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 9-II-1895, páginas 56 y 57. Año 1895.
- 119.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Comunicación sobre pnonefrosis del riñón derecho" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X. Sesión literaria del 31-V-1890, página 378. Año 1890.
- 120.- RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE BENITO: "Progresos de la cirugía". Discurso -- inaugural pronunciado en la solemne inauguración de la Real Academia de Medicina. Madrid, año 1887, página 107.
- 121.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación sobre un caso de histerectomía abdominal total por fibroma". Anales de la Real Academia de Medicina Tomo XVI, sesión literaria del 22-II-1896, página 82. Año 1896.
- 122.- GOMEZ TORRES: "Un caso de fístula vesico-vaginal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IV, sesión literaria del 2-III-1882, página 97 Año 1882.
- 123.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895, página 79 Año - 1895.
- 124.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Un caso de fístula recto-vulvar". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V. Sesión literaria del 7-IV-1883-84.
- 125.- GOMEZ TORRES: "Comunicación sobre dos casos de curación del prolapso de

matriz". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IV, sesión literaria del 13-V-1882, página 145. Año 1882.

- 126.- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Comunicación sobre afecciones puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria del 15-III de 1890, página 97. Año 1890.
- 127.- SAN MARTIN ALEJANDRO: "Discurso sobre terapéutica de las afecciones puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria del 24-V-1890, página 135. Año 1890.
- 128.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre afecciones puerperales" Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesiones literarias del 15-III-1890, página 99, del 22-III-1890, página 101 y del 3-V-1890. Año 1890.
- 129.- CALVO MARTIN, JOSE: "Discurso sobre un caso de afección puerperal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X. Sesión literaria del 10-V-1890, página 148. Año 1890.
- 130.- CALVO MARTIN, JOSE: "Consideraciones acerca de las afecciones puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria del 31-V-1890. Año 1890.
- 131.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del pensamiento médico moderno - ante la práctica". Discurso leído en la solemne inauguración del año 1907 en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1895, página 51.
- 132.- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Parto forzado". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesión literaria del 1-V-1879, página 219. Año de 1879.
- 133.- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Parto forzado". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesión literaria del 29-V-1879, página 226. Año 1879.
- 134.- CASAS DE BAUTISTA, ROGELIO: "Discurso sobre parto forzado". Tomo I, se-

si3n literaria del 4-VI-1879, p3gina 231.

- 135.- CORTEJARENA ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre parto forzado". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, sesi3n literaria del 5-VI-1879, p3gina 232. A3o 1879.
- 136.- CALVO MARTIN, JOSE: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesi3n literaria del 15-II-1896, p3gina 78, a3o 1896.
- 137.- RIBERA SANS, JOSE: "Reflexiones acerca de la laparatomía fundadas en algunos hechos". Discurso para la recepci3n p3blica pronunciado en la solemne inauguraci3n de la Real Academia de Medicina. Madrid a3o 1894, pag. 81.
- 138.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1875, pronunciado en la inauguraci3n de la Real Academia de Medicina en 1876". Memorias de -- Secretaria de la Real Academia de Medicina. Tomo I. A3o 1876
- 139.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesi3n literaria del 16-III-1895, p3gina 80. A3o - 1895.
- 140.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Terminaci3n del discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesi3n literaria del 22-VI-1895, p3gina 71. A3o 1895.

219

## C A P I T U L O - I I

### CIRUGIA DE LOS HUESOS



INTRODUCCION

RESUMEN HISTORICO

LAS RESECCIONES OSEAS SEGUN LOS  
CIRUJANOS ESPAÑOLES

LAS TECNICAS DE OSTEOTOMIAS Y OSTEOTOMIAS

LAS RESECCIONES DE LOS MAXILARES

AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES

AMPUTACIONES OSTEOPLASTICAS

MANIOBRAS INCRUENTAS EN LA PATOLOGIA  
OSTEOARTICULAR.

INTRODUCCION.-

Es solamente después de ser la cirugía ciencia, y luego que se confirmaran los efectos de la asepsia y la antisépsia, cuando los cirujanos han podido practicar, con seguridad, toda clase de intervenciones en los huesos y tratar directamente las afecciones del interior de las articulaciones. El adelanto en esta clase de cirugía fue extraordinario y positivo, en pocos años, a partir de los acontecimientos señalados. El periodo de tiempo que exigió esta cirugía para su desarrollo, no fue ni mucho menos, tan largo como el que requirió la cirugía general, desde que, por el método experimental, se buscaron las diferencias fundamentales entre las maneras de comportarse las partes blandas y las duras, diferencias que, desde antiguo, ya se habían hecho notar. Se sabía que los huesos cicatrizaban, pues la observación y tratamiento de las fracturas, caries y necrosis, así como las secciones de los extremos de los fragmentos de las fracturas con perforación, así lo habían demostrado, pero nada se sabía del mecanismo íntimo de la cicatrización hasta no llegar el método experimental.

# RESUMEN HISTORICO. LAS RESECCIONES OSEAS SEGUN LOS CIRUJANOS ESPAÑOLES.-

Es por ello, por lo que hasta bien entrado el siglo XIX, no se encuentran operaciones óseas lo suficientemente regladas para poderlas clasificar y darlas nombre propio. Para MORENO POZO (1), la primera observación bien definida, en que para remediar los inconvenientes de una consolidación viciosa, en una fractura de la pierna, se aserrarán los fragmentos de la tibia y, por tanto, se hiciera una verdadera resección, pertenece a LEMERCIER, en el año 1815, iniciándose con ella el periodo artístico de la cirugía ósea, periodo que, como en la cirugía de las carnes, también precede al verdaderamente científico. En 1834 CLEMONT realizó un verdadero progreso, llevando a cabo resecciones cuneiformes para corregir una curvatura casi angular del fémur de un niño. Hacia los años cuarenta del siglo pasado, se buscaban procedimientos que borrasen los inconvenientes de las cicatrizaciones imperfectas y de las pseudoartrosis, aplicándose a estos casos la resección de los extremos para luego encerrar la extremidad en un aparato de fracturas, de modo igual que si se tratase en una rotura reciente, obteniendo NORRIS, ya en 1842, una estadística de 64 casos, con 37 buenos resultados.

Continuó MORENO POZO, en su discurso inaugural ante la Academia diciendo que, iniciada la cirugía activa en las afecciones de la continuidad de los huesos largos, se pensó extender sus beneficios a las perturbaciones funcionales, y se fijó la atención en el tratamiento de las anquilosis, para lo cual surgen dos métodos: o se rompían, o se cortaban las partes adheridas. Este último procedimiento óseo, u osteotomía, fue el medio de que se valió RHEA BARTON en el Hospital de Pensilvania para, por primera vez, tratar una anquilosis coxofemoral en 1826. Este mismo autor, en 1835, prefirió quitar una porción cuneiforme, en lugar de hacer la simple incisión de las partes, creyendo obtener mejores resultados.

Antes que por la clínica se demostrara que en los huesos largos se podían practicar cierto género de operaciones, ya DUPUYTREN había probado la posibilidad de resecar porciones de los maxilares, llegándose a extirpar por completo todo el esqueleto de la cara. En vista de tanta tolerancia del esqueleto a la manipulación quirúrgica, se vuelve a pensar en la afección



nes de las extremidades para buscar remedio, no ya a las anquilosis, sino en todos aquellos casos que por estar comprometidos hondamente los elementos de las articulaciones, no había otro remedio más que la amputación, surgiendo --- otra alternativa quirúrgica tal como las resecciones articulares, que se hallaban casi completamente abandonadas en Francia, y muy desacreditadas en Inglaterra. En Alemania desde 1830 a 1850 surgieron los defensores del método de las resecciones articulares enfrente de las amputaciones.

Finalmente, también se aceptan en Francia, ya que era imposible permanecer por más tiempo fuera del movimiento que arrastraba a las demás naciones por el camino de la cirugía conservadora, ya que así fueron consideradas las resecciones, menos graves que las amputaciones, y que, además, los miembros conservados prestaban mejores servicios a los enfermos que los aparatos protésicos más perfeccionados.

Paralelamente a la marcha que en la clínica llevaba los estudios referentes al tratamiento quirúrgico de los huesos, se desarrollaban en el laboratorio, por el método experimental, los elementos que contribuían a la regeneración ósea. En 1830, HEINE demostró en perros la reproducción de verdaderos huesos procedentes del periostio. Este hecho inclinó a los operadores a respetar el periostio en las intervenciones quirúrgicas para aprovechar su poder generador, y así se repusieron las pérdidas de sustancia ósea de las resecciones subperiósticas, publicando este autor, en los años 1885 a 1891 un tratado sobre resecciones y operaciones conservadoras donde quedaba patentado, como la clínica había confirmado, lo que el método experimental había dicho.

Continúa MORENO POZO señalando como frente a este método surge SEDILLOT con el llamado "evidement", es decir, excavación ósea. Este autor niega la regeneración a partir del periostio, y por tanto propone que las resecciones subperiósticas fueran reemplazadas por el excavamiento óseo hecho que, lógicamente, no era posible en los casos en que la resección perióstica estuviera indicada como tratamiento de afecciones articulares. El método de SEDILLOT quedó sin más campo de acción que la diáfisis de los huesos largos y algunos huesos cortos, por lo que podemos asegurar que ambos métodos llenaban indicaciones distintas. Sin embargo, de todo cuanto dijo SEDILLOT, al combatir las resecciones subperiósticas quedaba en pie las extensas y sostenidas supura

ciones que estas operaciones desencadenaban y que a veces hacían sucumbir a -- los enfermos; pero la aplicación del método antiséptico, cuyo desarrollo se ve rificó en los mismos tiempos que los trabajos de OLLIER, el empleo de la asepsia y de los modificadores que los adelantos técnicos de la higiene introdujeron en los hospitales, consiguieron que desaparecieran aquellas, de tal modo -- que en la última década del siglo XIX pueda decirse que en la cirugía de las -- partes duras se consigue la reunión inmediata después de las operaciones, casi con la misma frecuencia y facilidad que en la cirugía de las blandas.

SANCHEZ TOCA (2), en 1867 criticó desde otro punto de -- vista las resecciones subperiósticas. Dice este autor que la teoría de forma -- ción de hueso por el periostio es muy antigua y conocida por todo el mundo, -- desde los experimentos de DUHAMEL, pero es indudable, que también se podía for mar éste sin la intervención directa de esta membrana, hecho observado en la -- formación del callo de fractura y en la regeneración del callo de necrosis. -- Por lo tanto, en este último caso, hay que ayudar a la naturaleza y la opera -- ción científica, únicamente, indicada sería la extracción del secuestro y porción expoliada, respetando la porción sana, y aprovechándose del trabajo de re generación espontánea ya empezado por la naturaleza. Sin embargo, lo que se ha ce en la resección subperióstica no es eso, sino que se extirpe más de lo nece sario cortando hueso sano, quitando el regenerado y obligando a la naturaleza a un trabajo nuevo y más extenso aún de regeneración ósea. Sin embargo, por re gla general, él acepta que todas las resecciones deben ser subperiósticas, incluso las articulares, pues entre otras cosas, se aísla mejor el hueso y se sa crifica solo el periostio, que no se podía conservar; pero lo que sería reprimible es la extensión que se le ha querido dar al sacrificio de las partes duras, extendiéndola más de lo necesario, que es lo que se hace cuando a la resección se le da el nombre de subperióstica. TOCA calificó a estos hechos de muy graves y conminó a la Academia para que reprimiera tales excesos, pues ... "no se puede tirar por los suelos o profanar los dogmas quirúrgicos atesorados laboriosamente por el trabajo de los siglos"...

No obstante, la cirugía española dotada de hábiles prác ticos, adoptó pronto las técnicas de la cirugía ósea, pudiendo señalar, por -- ejemplo, aportaciones de tanto valor como la de JOSE RIBERA SANS, referente a las resecciones articulares, o la de CREUS, con su técnica de resección articu

lar. El primero de ellos, con motivo de una memoria presentada a la Real Academia de Medicina, titulada "Juicio crítico de los diversos tratamientos médico-quirúrgicos propuestos para la curación de los artrocaces" (3), concluyó diciendo que casi todos los medios propuestos tienen cierto valor en el tratamiento de los artrocaces, a condición de que se relacionen con el periodo de evolución de la enfermedad, pues en tanto que el primero, o de infiltración, tiene un valor casi absoluto, los medios extraarticulares en los demás periodos, desde -- que empieza el reblandecimiento, hay que pensar casi siempre en el empleo de -- medios intraarticulares. Si las lesiones son muy limitadas, las operaciones -- parciales pueden bastar; pero defiende como el medio de más valor a la resección, que sería aplicable en la inmensa mayoría de los casos y señala por el -- contrario, que las amputaciones, cuyo terreno se va limitando cada día más, es algunas veces, el recurso supremo.

CREUS (4), presentó un caso relativo a una joven, afecta da de tumor blanco en la articulación tibio-tarsiana tratada con éxito, practi cándole una resección articular, logrando la soldadura de los huesos. El caso confirmó las ventajas del método, que entre otros, evitaba el defecto de matar los órganos inervadores, quedando la nutrición confinada a una corta extensión de tejidos con peligro de gangrena.

Casos notabilísimos de resecciones articulares difíciles, atrevidos y coronados, al cabo, con éxito feliz, salvándose miembros e individuos cuya pérdida parecía inevitable, fueron comunicados por RUBIO (5), así co mo las originales resecciones subperiósticas de CREUS MANSO (6), y la resección de la cabeza de húmero efectuada por SAN MARTIN (7), en 1900, en un caso de luxación sub-coracoidea con fractura del cuello quirúrgico y gran trauma. Por su parte, CREUS, hizo una descripción precisa de la anatomía de los huesos de la articulación del codo en donde basaba su técnica de resección de esta articula ción, en varias intervenciones expuestas ante la Academia en 1887 (8)(9)(10).

LAS TECNICAS DE OSTEOCLASIAS Y OSTEOTOMIAS.-

En cuanto a las técnicas de osteoclasia y osteotomía, - también, fueron utilizadas con éxito por nuestros cirujanos, e incluso aportan do modificaciones originales de interés. CREUS, en 1885 (11), obtuvo mediante ingeniosos procedimientos, un gran éxito en el tratamiento de una consolida - ción viciosa en una fractura de tibia y peroné, que había desencadenado tal alteración motora, que inhabilita la deambulación. El mismo autor comunicó dos - años más tarde, un caso de osteoclasia instrumental en un enfermo portador de genu-valgun con análogo éxito (12)(13). Otras aportaciones sobre el particular encontraremos en la estadística operativa de RIBERA (14), y en donde están incluidos casos de osteoclasias y osteotomías aplicadas al genu-valgun, practicada durante cuatro cursos académicos en la clínica oficial que se hallaba a su cargo.

Es digno de mención que en esta corriente de cirugía conservadora, y al mismo tiempo funcional, encontramos, incluso, intentos de sustitución protésica como el caso presentado por SAN MARTIN (15), a la Academia, en cuya sesión habló de los inconvenientes de las prótesis de escayola, cemento de dentista, amalgama de cobre, etc., opinando que esta última era lo más - aconsejable.

Por otra parte, creemos oportuno introducir en este capítulo otro tipo de resecciones que afectan al esqueleto, tales como las resecc - ciones sobre los maxilares y todo tipo de amputaciones y desarticulaciones en cuyo terreno la cirugía española contó con amplia experiencia y métodos propios.

#### LAS RESECCIONES DE LOS MAXILARES.-

Las resecciones sobre los maxilares practicadas de antiguo por nuestros compatriotas, contribuyeron a demostrar que las partes duras eran susceptibles de someterse a manipulaciones quirúrgicas y, por tanto, contribuyendo al ulterior desarrollo de la cirugía ósea. Entre las técnicas llevadas a cabo debemos citar la de SANCHEZ TOCA, quién después de terminada la operación cauterizaba toda la herida intrabucal con hierro candente siguiendo a los antiguos; con ello, hacía asepsia de la herida y cuya escara formada, constituía una especie de apósito que la preservaba de la infección, sobre todo en los primeros momentos, que por añadidura, eran los de mayor peligro por quedar abiertas las boquillas de los vasos.

En 1874, se había comunicado por parte de SANCHEZ TOCA - (16), un caso de abulsión de gran parte de la mandíbula, y en 1890 SAN MARTIN (17), extirpó la mayor parte de los dos maxilares superiores, por un procedimiento especial que consistía en renunciar a las incisiones malares y hacer una sola en medio de la cara, reduciendo una operación muy difícil en una sencillísima.

La posibilidad de consolidación ósea hizo posible las técnicas de resección temporal del maxilar superior en la intervención de pólipos naso-laríngeos. En 1910, RIBERA (18), aportaba ya 36 casos sin fracaso alguno. Otros autores como JIMENEZ (19), GUEDEA (20), CORTEJARENA (21) y GARCIA TAPIA (22), fueron también defensores de la resección temporal que debería sustituir a la permanente. Las mejores ventajas anotadas serían el cese de la hemorragia en cuanto se separa el maxilar, y la rapidez del tiempo operatorio. También, durante unos años, fue practicada la sección ósea-temporal en la práctica obstétrica, como técnica conocida por pubiotomía y que originó numerosas polémicas, RECASEN (23), MAESTRE (24), RIBERA (25), CONDE DE S. DIEGO (26) COSPEDAL (27), CORTEJARENA (28).

### AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES.-

A pesar del matiz consevador, que siempre caracterizó a la cirugía española, no dejó de practicarse operaciones mutilantes e incluso, grandes amputaciones y desarticulaciones en nuestro País, cuyas técnicas no solo la dominaban nuestros cirujanos, sino que aportaban nuevos procedimientos.

CALVO (29), aprovechando ya el método de LISTER presentó en 1880 un caso de desarticulación del hombro, con excelentes resultados, siendo superada en extensión dicha técnica por RUBIO Y GALI (30)(31)(32), que en 1890, presentó una amputación de todo un brazo, con inclusión del omóplato. En 1895, RIBERA (33), incluyó en su estadística operatoria, aparte de resecciones de diversas porciones del miembro superior, desarticulaciones mayores que comprendían la susodicha desarticulación del hombro, en casos de osteosarcoma.

En cuanto a la desarticulación de la rodilla, CREUS y RIBERA (34), nos han dejado, asimismo, muestras de su experiencia, y respecto a la coxofemoral, es el segundo autor (35)(36), la figura más importante, ya que aportó una técnica propia a dicha cirugía. RIBERA, aplicó, por primera vez, y con objeto de obtener buena hemostasia, en 1882, un procedimiento de desarticulación coxo-femoral, sencillo e imperfecto en los primeros casos, que más tarde fue modificando de un modo gradual. El método lo publicó en 1893, y le permitía, además, aplicarlo a resecciones más o menos extensas de la pelvis. En 1898, contaba ya con 13 casos prácticos, obteniendo la isquemia, elevando el miembro para conseguir quedara exangüe, colocando subsiguientemente un tubo de cautchuc en forma de espiga, para comprimir la raíz del miembro e impedir la hemorragia durante la incisión de las partes blandas. En 1909 ya había practicado 48 desarticulaciones con este método y había obtenido 32 curaciones, 10 muertos, cuatro altas sin curar y dos que entonces permanecían en la clínica. Sin embargo, el procedimiento era conocido en la literatura médica como método de MOMBURG cuando, en realidad, como muy bien defendió RECASEN (37), debería llamarse método de RIBERA, al haberlo publicado este autor catorce años antes que aquel. La desarticulación inter-ileo-abdominal de RIBERA gozó de gran popularidad, llamando la atención de cuantos se hallaban en el Congreso Internacional de París (como muy bien fue comunicado a la Academia por ISLA BOLOMBURO en

1912), con motivo del discurso necrológico pronunciado por este autor a la --- muerte del primero (38).

MARTIN GIL (39), propone la isquemia por compresión extraperitoneal de la arteria iliaca primitiva para la desarticulación coxo-femoral, asegurando que el método tiene la ventaja que no se abre el peritoneo, ni es fácil una hernia lumbar. La compresión sobre la arteria se hace eficazmente con los dedos planos, pudiendo ser útil cualquier ayudante (40).

Siguiendo en la línea de señalar las aportaciones quirúrgicas de nuestros compatriotas, no podemos dejar de mencionar las ingeniosas modificaciones que algunos académicos como RIBERA, SAN MARTIN (41), CREUS (42) y CALVO (43), introdujeron el método de PIROGOT y WLADIMIR MICKULIEZ.

AMPUTACIONES OSTEOPLASTICAS.-

Otras técnicas dignas de señalar y, que por cierto, fueron muy debatidas, han sido las amputaciones osteoplásticas que se oponían a los métodos clásicos de amputación, hasta esos años empleados.

La técnica aplicada al fémur, la describe ALEJANDRO SAN MARTIN (44), quién la lleva a cabo en una fractura abierta de tibia y peroné - de imposible reducción, dicho autor talló un opérculo del fémur, que aplicó -- convenientemente, suturando después, y adquiriendo el muñón suficiente fuerza para servirse de una pierna de madera, por la osificación del opérculo, que incluso, podía golpearse dicho muñón, sin que el operado sintiera molestias. Para este autor, la estabilidad y firmeza lograda por este procedimiento, rara vez podría conseguirse por los procedimientos subperiósticos y ordinarios.

Sin embargo, en defensa de los métodos clásicos de amputación, hasta entonces empleados, se sostenía que no se observaba en ellos osteomielitis si se empleaban los procedimientos asépticos y antisépticos que -- obraban en la médula ósea como en los demás tejidos, oponiéndose a la infeción; que la generalidad de los muñones no calzados servía, perfectamente, para la progresión, y que se encontraban dificultades para tallar los colgajos - óseos en las amputaciones osteoplásticas, corriendo peligro la vida de los operados en un plazo que no bajaba de los dos meses, por los traumatismos inevitables del hueso y por la dificultad de asegurar la nutrición del fragmento - de este que había de tallarse (45)(46)(47)(48)(49).



#### MANIOBRAS INCRUENTAS EN LA PATOLOGIA OSTEO-ARTICULAR.-

Finalmente, para terminar, queremos advertir que aún no deseando entrar en el capítulo de las terapéuticas incruentas de la patología ósea, no podemos silenciar, no obstante, algunas aportaciones tales como los nuevos tratamientos de las fracturas de COLLE y de BENNET bien estudiadas por DECREF (50)(51); las aportaciones de este mismo autor al estudio radiológico y ortopédico de las luxaciones congénitas de cadera (52)(53); los estudios sobre la escoliosis (54), así como numerosos trabajos sobre los esteofitos en general (55)(56) y los del talón, en particular (57), especialmente, en lo que a la patogenia y tratamiento se refiere.

En el mismo sentido, de tratamientos incruentos de la patología osteo-articular, hemos de citar los casos presentados por ALEJANDRO - SAN MARTIN (58) de pies equinovarus, no solamente tratados por tenotomías y tenoplastias, sino también por procedimientos exclusivamente ortopédicos, así como la curación del mal de POTT por enderezamiento rápido de la columna vertebral utilizado por RIBERA (59)(60).

## B I B L I O G R A F I A

=====

- 1 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Constitución de la cirugía desde su origen hasta -- la época actual". Discurso pronunciado en la solemne inauguración de 1894.
- 2 .- SANCHEZ TOCA, MELCHOR: "Discurso sobre uranoplastia". Actas de las Sesiones literarias de la Real Academia de Madrid. Tomo III. Sesión literaria del 21-XI-1867. (Manuscrito).
- 3 .- RIBERA SANS, JOSE: "Juicio crítico de los diversos tratamientos médico-quirúrgicos propuestos para la curación de los artrocaces". Memoria premiada por la Real Academia de Medicina. Madrid Año 1885.
- 4 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación acerca de un caso de resección tibio-tarsiana". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X. Sesión literaria del 19-IV-1890, página 127. Año 1890.
- 5 .- RUBIO Y GALLI, FEDERICO: "Dos casos de resecciones articulares". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V. Sesión literaria del 8-III-1884 página 438, año 1884.
- 6 .- CALLEJA Y SANCHEZ, JULIAN: "La enseñanza médica y la práctica profesional" Discurso pronunciado en la solemne inauguración de 1891 en la Real Academia de Medicina. Madrid año 1891, página 59.
- 7 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación acerca de un caso de resección de - cabeza del húmero". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX. Sesión literaria del 5-V-1900. Año 1900.
- 8 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Nota referente al examen anatómico de los huesos - de la articulación del codo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VII, sesión literaria del 26-XI-1887, página 8. Año 1887.
- 9 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Exposición de un caso de resección del codo derecho". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VII, sesión literaria

del 12-II-1887, página 68. Año 1887.

- 10.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Observaciones sobre el caso de resección de co-  
do de CREUS Y MANSO". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo VII. -  
Sesión literaria del 26-II-1887, página 83. Año 1887.
- 11.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Fractura mal consolidada de tibia y peroné". Anales  
de la Real Academia de Medicina. Tomo VI. Sesión literaria del 9-IV-1885  
página 121. Año 1885.
- 12.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación acerca de una operación de osteoclasia  
instrumental en joven patizamba". Anales de la Real Academia de Medicina.  
Tomo VII, página 138. Año 1887.
- 13.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Fractura de rótula regularmente consolidada". Ana-  
les de la Real Academia de Medicina. Tomo VII. Sesión literaria del 28-V  
de 1887, página 182. Año 1887.
- 14.- RIBERA SANS JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de  
la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895,  
página 121. Año 1895.
- 15.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Debate sobre estadística operatoria". Anales de -  
la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 22-VI-1895. -  
Año 1895.
- 16.- SANCHEZ TOCA, MELCHOR: "Abulsión de gran parte de la mandíbula". Libro de  
Actas de sesiones literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid. -  
Tomo VI. Sesión literaria del 22-X-1874. Año 1873-1878. (Manuscrito).
- 17.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Resección de maxilares". Anales de la Real Acade-  
mia de Medicina. Tomo X. Sesión literaria del 19-IV-1890, página 127. Año  
1890.
- 18.- RIBERA SANS, JOSE: "Resección temporal del maxilar para el tratamiento --  
quirúrgico de los pólipos narofaríngeos". Anales de la Real Academia de -

Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 11-VI-1910, página 311 y del 18-VI-1910, páginas 312 y 313. Año 1910.

- 19.- JIMENEZ GARCIA, RAMON: "Observaciones acerca de la resección temporal del maxilar superior". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX. Sesión literaria del 18-VI-1910, páginas 312 y 313. Año 1910.
- 20.- GUEDEA CALVO, LUIS: Observaciones acerca de la resección temporal de maxilar superior". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX. Sesión literaria del 18-VI-1910, páginas 312 y 313. Año 1910.
- 21.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones acerca de la resección temporal del maxilar superior". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 25-V-1910, páginas 315 y 316. Año 1910.
- 22.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Observaciones acerca de la resección temporal del maxilar superior". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 18-VI-1910 páginas 312 y 313, y del 25-VI-1910, páginas 315 y 316. Año 1910.
- 23.- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Tres casos de pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX. Sesión literaria del 12-II-1910, página 80 del 2-IV-1910, página 277 y del 9-IV-1910, páginas 279 y 280. Año 1910.
- 24.- MAESTRE DE SAN JUAN Y MUÑOZ, AURELIO: "Pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 19-II-1910, página 96 y del 9-IV-1910, páginas 279 y 280. Año 1910.
- 25.- RIBERA SANS, JOSE: "Pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 26-II-1910, páginas 109 y 110, y del 2-IV de 1910, páginas 277 y 278. Año 1910.
- 26.- CONDE DE SAN DIEGO: "Pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 26-II-1910, página 108; del 2-IV-1910 páginas 277 y 278. Año 1910.

- 27.- COSPEDAL Y TOME, ANTONIO MARIA: "Pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 26-II-1910, páginas 109 y 110; del 5-III-1910, página 114; del 2-IV-1910, páginas 278 y 277, y del 9-IV-1910, página 279 y 280. Año 1910.
- 28.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 12-III-1910, página 273, y del 9-IV-1910, páginas 279 y 280. Año 1910.
- 29.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Desarticulación exapulo-humeral". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo II, sesión literaria del 20-III-1880, página 126. Año 1880.
- 30.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Extirpación del omóplato con brazo y hombro, y cura antiséptica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria del 8-II-1890, página 26 y del 8-II-1890, página 49. Año 1890.
- 31.- CALVO MARTIN, JOSE: "Observaciones a la comunicación de Federico Rubio y Galí sobre extirpación del omóplato con brazo y hombro, y cura antiséptica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X. Sesión literaria del 8-II-1890, página 46. Año 1890.
- 32.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones a la comunicación de Federico Rubio y Galí sobre extirpación del omóplato con brazo y hombro, y cura antiséptica". Tomo X. Sesión literaria del 8-II-1890, páginas 47 y 48. Año 1890.
- 33.- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895, páginas 44 a 46. Año 1890.
- 34.- RIBERA SANS, JOSE: "Desarticulación de la rodilla". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII. Sesión literaria del 5-II-1898. Año 1898.
- 35.- RIBERA SANS, JOSE: "Procedimiento de Mombung". Anales de la Real Academia

de Medicina. Tomo XXVIV. Sesión literaria del 20-III-1909. Año 1909

- 35.- RIBERA SANS, JOSE: "Comunicación acerca de la dislocación del fémur". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII. Sesión literaria del 5-II-1898, página 68. Año 1898.
- 37.- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Observaciones al procedimiento de Momburg". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIV, sesión literaria del 20-III-1809, página 93. Año 1909.
- 38.- ISLA BULUMBURU, ENRIQUE: "Discurso necrológico por la muerte de RIBERA". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, página 15. Año 1912.
- 39.- MARTIN GIL, RAMON: "Compresión extra-peritoneal de la arteria iliaca primitiva en la desarticulación coxofemoral". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIV, sesión literaria 22-II-1909, página 268. Año 1909.
- 40.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre compresión extra-peritoneal de la arteria iliaca primitiva, en la desarticulación coxo-femoral". Tomo XXVIV Sesión literaria del 22-V-1909, página 275. Anales de la Real Academia de Medicina. Año 1909.
- 41.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Acerca de un caso de resección de WLADIMIROF y -- MICKULI". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX. Sesión literaria del 8-II-1889, página 68, año 1889.
- 42.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Observaciones acerca del procedimiento para la resección tibio-tarsiana modificando el método de WLADIMIROF y MICKULI". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX. Sesiones literarias del 8-II-1889, página 70 y del 2-III-1889, página 72. Año 1889.
- 43.- CALVO MARTIN, JOSE: "Observaciones acerca del procedimientos para la resección tibio-tarsiana, modificando el método de WLADIMIROF y MICKULI". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo IX, sesión literaria del 2-III-1889, página 72. Año 1889.

- 44.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Amputación osteoplástica del fémur en fractura - abierta de tibia y peroné de imposible reducción". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIX, sesiones literarias del 8-IV-1899, página 189; del 6-V-1899, página 204; del 13-V-1899, página 207, y del 24-VI-de 1899. Año 1899.
- 45.- DE MIGUEL Y VIGURI, ISIDORO: "Discurso sobre amputación osteoplástica del muslo. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Sesiones literarias del 22-III-1899, y del 24-VI-1899. Año 1899.
- 46.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso sobre amputación osteoplástica de muslo". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX, sesiones literarias del 22-VI- 1899. Año 1899.
- 47.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observación acerca de la amputación osteoplástica del muslo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Sesión - literaria del 24-VI-1899, páginas 228, 229, 230. Año 1899.
- 48.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Observación acerca de la amputación osteoplástica del muslo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Sesión literaria del 24-VI-1899, páginas 228, 229, y 230. Año 1899.;
- 49.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones acerca de la amputación - osteoplástica del muslo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 19 sesión literaria del 24-VI-1899, páginas 228, 229 y 230. Año 1899.
- 51.- DECREF Y RUIZ, JOAQUIN: "Nuevo método de tratamiento de las fracturas tipo COLLES". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII. Sesión - literaria del 7-III-1908, páginas 223, 227 y 228. Año 1908.
- 50.- DECREF Y RUIZ, JOAQUIN: "Fractura de BENNET". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 11-V-1912, página 284. Año 1910.
- 52.- DECREF Y RUIZ, JOAQUIN: "Luxación congénita de cadera". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVI. Sesión literaria del 31-III-1906, página

203. Año 1906.

- 53.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Luxación doble de la cadera, curada por el procedimiento de LORENS". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII Sesión literaria del 22-II-1908, página 202. Año 1908.
- 54.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Escoliosis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 18-II-1911, páginas 113 y 114.
- 55.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Osteofitos epifisarios". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 9-V-1908, página 327 Año 1908.
- 56.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Osteofitos epifisarios". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 26-II-1910, del 16-IV-1910, página 285 y del 21-V-1910. Año 1910.
- 57.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Osteofitos dolorosos del talón". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 23-III-1912. Año 1912.
- 58.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 22-VI-1895, - página 271. Año 1895.
- 59.- RIBERA SANS, JOSE: "Curación del mal de POTT por enderezamiento rápido de la columna vertebral". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII sesión literaria del 28-V-1898, página 239. Año 1898.
- 60.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Observaciones acerca del tratamiento del mal de POTT por enderezamiento rápido de la columna vertebral". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 28-V-1898, - página 240. Año 1898.





C A P I T U L O - I I I

LA CIRUGIA DE LAS CAVIDADES

Apartado 1°

CIRUGIA ABDOMINAL

Apartado 2°

CIRUGIA TORACICA

Apartado 3°

CIRUGIA CRANEAL

Apartado 1°

LA CIRUGIA ABDOMINAL

- Introducción
- Laparatomia
- Cirugía hepatobiliar
- Cirugía pancreática
- Cirugía del bazo
- Cirugía intestinal. Apendicitis
- Cirugía Gastroduodenal
- Cirugía tocoginecológica transperitoneal

#### LA CIRUGIA ABDOMINAL.-

**Introducción.-** Si de alguna manera sintética quisieramos representar la cirugía que comienza y se desarrolla en este periodo, diríamos que fue, precisamente ésta, la cirugía de las cavidades. En tiempos remotos habían sido abordadas las tres grandes cavidades del organismo (craneal, torácica, y abdominal), pero el alto precio pagado en forma de gravísimas complicaciones, había hecho que cayera en desuso.

La introducción de la anestesia y, muy especialmente, de la antisepsia y asepsia, hace posible que comiencen a proliferar estas intervenciones que, no hacía mucho, eran consideradas como hechos atrevidísimos y apenas justificados.

No podemos por menos que transcribir palabras de MARIANI y LARRION (1), a este respecto:..."¡Que mutación tan rápida. ¡Que cambio tan admirable. La cirugía que antes no osaba invadir las cavidades esplánicas, ni intentaba penetrar en ellas, porque eran fosas abiertas para muerte segura, hoy se pasea por ese peritoneo que se ha hecho insensible a fuerza de contactos y opera dentro de él sus más admirables maravillas"...

**Laparatomía.-** La cavidad abdominal, revestida por todas partes por una serosa, la peritoneal, constituía un terror insuperable para los cirujanos, lo que impedía el desarrollo de esta cirugía, que precisaba una vía de acceso a las vísceras contenidas en dicha cavidad.

La abertura del abdomen, destinada a combatir una afección intraabdominal, y hacer posible una operación, o para facilitar un diagnóstico, se designó como laparatomía. No hubo acuerdo entre los cirujanos, -- acerca del valor de esta palabra. Si se analizaran todas las definiciones que se han hecho, se comprobaría que hay algo de convencional en lo que cada cirujano admite.

Como dijo RIBERA (2), ANDRES DEL BUSTO había calificado de errónea esta palabra si es que con ella se pretendía indicar la sección de

las paredes del abdomen, ya que lápara es un término muy antiguo y que se aplicaba en tiempos de Hipócrates a las partes que están entre las costillas falsas y el iliaco (vacíos), y por tanto, solamente se hablaría con propiedad, en las intervenciones para la hernia lumbar, o también, cuando se practicaba una colotomía lumbar. Dicho autor propone sustituir la palabra laparatomía por koi-lotomía, teniendo en cuenta que el radical koilía significa cavidad del vientre. A pesar de que otros autores, entre ellos, el propio RIBERA SANS, acogen favorablemente este término. Sin embargo, la verdad es que perduraría para siempre la denominación de laparatomía. Otros términos que tampoco tuvieron arraigo fueron los de peritoneomías, gastrotomías (gastro significa vientre), etc.

Hasta la adopción por los cirujanos de la decisión de abrir las paredes del abdomen y penetrar en la cavidad del mismo, y la posterior generalización de esta decisión, la cirugía abdominal quedaba exclusivamente al tratamiento de las heridas del vientre.

Los primeros pasos en la cirugía abdominal, que presuponian una laparatomía, se debieron al logro de objetivos ginecológicos, concretamente, la ovariectomía y, posteriormente, a la histerolaparatomía.

A pesar de que la ovariectomía es conocida desde tiempos remotos, su periodo científico comenzó en el siglo XVIII, siendo realizada como intervención reglada por MAC. DOOVEL en 1809. Sin embargo, hemos de llegar a SPENCER WELLS, primer ovariectomista de Inglaterra, quien, gracias a sus resultados favorables, la convierte en operación rutinaria.

En España, FEDERICO RUBIO Y GALI (3) realizó dicha intervención en Sevilla el 5 de Octubre de 1863, con desgraciado desenlace, volviendo a repetir un año más tarde, y esta vez, con curación de la enferma. Hasta 1868 había realizado cuatro de estas intervenciones con un solo éxito.

A pesar de estos, no muy brillantes, comienzos, podemos considerar a RUBIO como el primero que en España llevó a cabo la ovariectomía, quien la practicó al propio tiempo o quizás antes que SPENCER WELLS y BAKER - BROWW la efectuaran en Inglaterra (4). Años más tarde su fama como ovariectomista

ta e intervencionista en las cavidades, estaba fuera de dudas, habiendo dejado a su paso por el mundo una auténtica escuela, basada en su pensamiento cada vez más libre de toda traba (5).

Como era habitual, cuando una nueva técnica quirúrgica aparecía en escena, encontraba gran resistencia por parte de otros autores y, de este modo, USTARIZ, MARIANI y SAN MARTIN fueron los representantes, en un principio, de la corriente detractora. De esta forma, el primero de ellos, diría en 1883, tan graves palabras como que él rechazaba la laparatomía "por respeto a la humanidad doliente". La Real Academia de Medicina, no podía permanecer, una vez más, ajena a los adelantos científicos y habría de depurar las nuevas corrientes innovadoras. En 1872-73, en el seno de la Corporación, y durante varios debates, se discutió sobre la operación de ovariectomía. MATIAS NIETO, recogiendo las opiniones de la época, la describió como "operación grave y arriesgada, nuevamente introducida en la terapéutica, poco usada en España y rechazada durante largo tiempo por autoridades graves en la ciencia". Preciso era, antes de darle la sanción académica consiguiente a la discusión, examinarlo bajo todos sus puntos de vista y pesar maduramente las razones alegadas por mantenedores y adversarios. En los debates se oyeron a personas muy entendidas y autoridades que habían practicado o habían visto practicar muchas veces la ovariectomía, deduciéndose de sus palabras que "no debía desecharse, pero tampoco prodigarse la operación. El mismo NIETO SERRANO (7), creía que no debía ampararse la pereza, la ignorancia voluntaria, la flojedad de carácter, detrás de un fatalismo injustificado, ni que tampoco se procediera por afán de intervenir activamente donde se halla más indicada la prudente expectación". Finalmente, en estos debates se fijaran las condiciones que hacen necesaria la extirpación de estos órganos, las probabilidades de éxito de tan peligrosa operación, el procedimiento operatorio más ventajoso.

Aportaciones dignas de señalar en la práctica y divulgación de la ovariectomía son las de GOMEZ TORRES, catedrático de la Facultad de Medicina de Granada, MANRIQUE DE LARA y CARDENAL, en Barcelona.

Llegado el año 1878, en que los preceptos listerianos son aceptados en nuestro país, fueron aplicados en sus ovariectomías, no solo por los pioneros como RUBIO y CREUS, sino por la mayor parte de los cirujanos

como GUTIERREZ, CERVERA, nombres que se deben recordar todos ellos en la historia de la ovariectomía en España.

Durante los años 1877, 1878, y 1879, siguén presentándose casos notables de ovariectomía en la Real Academia de Medicina, tales como el de GOMEZ TORRES (8). En este último año se presentan ventajosas modificaciones técnicas, para facilitar lo que entonces era una de las más graves operaciones que figuraban entre las conquistas del cirujano. De estas modificaciones técnicas, no vamos a entrar en su descripción pues aluden más bien al tratamiento del pedículo que a la forma de abrir el abdomen, que en realidad es lo que nos ocupa en este momento (9). Otros casos notables fueron expuestos en 1883 por CREUS y no solo de ovariectomía (10), sino incluso presentando un caso de laparo-ovario-histerotomía (11). De esta forma, la práctica de la ovariectomía, fue cada vez más prodigada, hasta el punto que surgieron, nuevamente, voces autorizadas que condenaban tales abusos. Entre ellos la de CORTEJARENA, que así se manifestó sobre el particular: "...me asustaba el abuso que de esta operación pueda hacerse en manos, que desde luego calificaré de criminales, y de las terribles consecuencias que para la Sociedad podrían ocasionarse (12)".

Vemos pues, que con lo dicho hasta aquí respecto a la ovariectomía, quedaba suficientemente demostrada la posibilidad de entrar dentro de la cavidad abdominal a través de la apertura del peritoneo, y de la posibilidad de manipulación quirúrgica dentro de esta cavidad, al mismo tiempo que al reiterar dicha operación, los cirujanos se familiarizan con las restantes vísceras abdominales. Sin embargo, la laparatomía pronto va a cubrir un gran campo de acción de insospechado porvenir, llegando a considerarla tan inofensiva que se propone incluso para fundamentar un diagnóstico, pasando desde luego, por años durante los cuales no dejó de tener enconados detractores. Por ello, ya en 1864, fue sometida a debate en la Academia las formas, ventajas e inconvenientes de la laparatomía, nombre genérico dado ya para comprender diversas operaciones, para las cuales es indispensable penetrar en la cavidad abdominal y llevar la mano y los instrumentos a los órganos que ésta contiene. Con este motivo, fueron presentados casos notabilísimos acompañados de consideraciones y advertencias, que si bien animaban a imitar la conducta iniciada por los grandes maestros, sugieren por otra parte, la importancia de las precauciones impuestas por la prudencia, y señalan los peligros de la ignorancia



y la impericia (13).

En 1892, RIVERA SANZ (14), comunicó once casos de laparatomías hechas para diversos fines, con el éxito más feliz. Este autor puso de manifiesto, al mismo tiempo, de como había cambiado el pronóstico, tan terrible de las heridas penetrantes del vientre, sobre todo cuando llegaban a interesar algunas visceras, con la aplicación de la cirugía moderna, que puede tener la capacidad de convertirlas en leves, siempre que la intervención quirúrgica se efectuase con las precauciones que el arte aconseja, y se hallen exentas de complicaciones importantes.

Tal interés es el despertado, que la Real Academia de Medicina convocó en 1893-1894 el premio MORALES para el mejor trabajo que se presentara sobre el tema siguiente: "Señalar las circunstancias en que esté indicada la laparatomía en las heridas de los órganos abdominales". Por el mismo motivo, JOSE RIBERA elige para su discurso de recepción pública como académico una muy completa monografía sobre laparatomía, apoyándose en numerosos casos tomados de su clínica, discutiéndola con madurez, consignando las formas preferibles para ejecutarla, sus indicaciones y contraindicaciones, y las ventajas que proporciona incluso la de servir de medio exploratorio en casos de difícil y urgente diagnóstico. MARIANI encargado del discurso de contestación, hizo la oportuna observación de que en nuestro tiempo se observa que la medicina va ganando bajo la forma de cirugía, tanto como va perdiendo bajo la forma de medicina propiamente dicha, es decir, como medicina interna.

Tan introducida ya en la práctica la laparatomía, era necesario fijar sus precisas indicaciones que encontramos extensamente tratadas en el mencionado discurso de recepción de RIBERA. Este autor, conocedor de los preceptos de PETIT, y los mucho más precisos de CHALOT, estableció cuatro grupos de laparatomías, a saber:

- A - Laparatomías exploradoras
- B - Laparatomías finales
- C - Laparatomías accidentales
- D - Laparatomías preliminares

Respecto a la laparatomía exploradora, decía RIBERA, que esta técnica era, en cierto modo, el sello de la cirugía de su época, entendiéndose como tal, la operación que consistía única y exclusivamente en la incisión del peritoneo, hecho lo cual y visto después del examen detenido de las visceras contenidas que no es posible hacer nada más, se cierra el vientre.

Las Laparatomías finales son aquellas, que su fin terapéutico se agota también casi en la apertura y cierre del peritoneo. Fueron utilizados en las peritonitis y se limitaban una vez incidida la serosa, a la simple limpieza con o sin lavado y con o sin desague, según las circunstancias y no se hacía nada más. Algo similar ocurría al aplicarlas a las peritífritis y en las peritonitis; pero si hubiera que destruir adherencias, establecer contra-aberturas, excindir porciones de epiplón, ya no podemos ni debemos hablar de laparatomías finales porque, en estas circunstancias, la laparatomía no --- constituye por sí sola toda la operación, es solo uno de los tiempos de la misma.

Tanto la laparatomía exploradora como la final no fueron concebidas, sino que resultaron como consecuencias de errores diagnósticos. Repasando la historia de la peritonitis tuberculosa, se observa que en la mayoría de los casos intervenidos, lo fueron con el diagnóstico de quistes de ovario. Sigue diciendo RIBERA que, tal vez, la operación más antigua, la del ya mencionado SPENCER WELLS, quien en 1862 al hacer una laparatomía para extirpar un quiste del ovario, vió que se trataba de una peritonitis tuberculosa, error que también cometieron DOHRH en 1878, LINFORS en 1883, HEGAR, y en general una lista nutrida de autores. Sin embargo, la vertiente positiva de estas equivocaciones, la encontramos al observar que, por una parte, se demostrará que la laparatomía hecha con las precauciones antisépticas, era una intervención inocente y a la vez se viése que, en muchos casos, bastaba para producir curaciones o alivios de procesos inoperables, quedando por estos hechos justificado el --- que en casos dudosos se recurriera a la laparatomía exploradora.

En cuanto a las laparatomías preliminares constituirían el primer acto de una operación, o bien constituirán todo el acto porque no es posible otra intervención.

En cuanto a las accidentales poco hay que aclarar, pues la preocupación del cirujano será a todo trance lograr que no se infecte el peritoneo, cerrando inmediatamente la serosa, prosiguiendo después la operación que se estaba haciendo y de la cual la laparatomía solo había constituido un tiempo accidental.

Si consideramos ahora la evolución que siguió la cirugía abdominal, se ve que había un hecho que los domina a todos, ¿que le ocurre al peritoneo en estas intervenciones? Este respeto a la apertura de la cavidad abdominal había originado las intervenciones quirúrgicas en dos tiempos, que no tuvieron más que un objeto, provocar la adherencia de las hojas de la serosa, y evitar así la abertura primitiva de la cavidad abdominal. El miedo a la peritonitis era generalizado y solo cuando se va demostrando que estas no eran consecuencias de la simple incisión del peritoneo, es cuando la laparatomía ha ido extendiendo su campo de acción. Se supo entonces, según expresaba MARIANI (15), que el peritoneo era una membrana muy limpia que aborrecía la suciedad y que la mayor parte de las veces protestaba de los contactos, no por ser contactos, sino por ser contactos impuros.

Para luchar contra estas impurezas, vino la era antiséptica aportando las irrigaciones fenicadas y los lavatorios con soluciones más o menos fuertes de ácido fénico, bórico y demás antisépticos de este orden, para destruir los microbios contenidos contaminantes. El delirio antiséptico no tardó en ser postergado, pues las soluciones fenicadas y otros agentes microbicidas eran tóxicos y sus resultados muchas veces ilusorios, teniendo el enfermo y el equipo quirúrgico que soportar una lluvia de ácido fénico.

La introducción de las reglas de asepsia indujo a que los cirujanos llevaran la limpieza a extremos convenientes que hizo que los métodos antisépticos se usaran con gran mesura y poco entusiasmo, (MARIANI — 1894), no tardándose en comprobar que, mientras la laparatomía se practicó según los principios del listerianismo, los resultados fueron menos felices que cuando se abandonaban los agentes químicos germinicidas, hecho que queda reflejado en la frase de FARGAS: "La antisepsia en la laparatomía es mas perjudicial que beneficiosa".

Todo lo dicho hasta aquí rebosa de empirismo, resultado de la práctica de los hechos quirúrgicos. Sin embargo, estando en una época en la que hemos resaltado varias veces, que la cirugía se había convertido en --- ciencia, no podían faltar las bases anatómicas y fisiológicas sobre el peritoneo que justificasen, al menos a posteriori, la conducta de esta serosa. ISLA (1908)(16), recoge en su discurso de recepción para académico, los conocimientos y particularidades anatómicas, caracteres histológicos, vascularización -- sanguínea y linfática así como su fisiología característica. CALLEJA (17), --- aceptando las doctrinas expuestas por ISLA, subraya que la anatomía señala al peritoneo el primer puesto entre las serosas, que también es notable su poder bactericida y los admirables hechos de la diapédesis y de la fagocitosis que -- que cooperan en la defensa peritoneal; que lo peculiar de cada uno de sus pliegues todavía no se conoce de un modo positivo; que las hernias, la ascitis, -- las peritonitis y el cáncer constituyen las enfermedades y lesiones que han sido y son los principales objetos de las investigaciones de los diversos países y que la intervención quirúrgica es a veces necesaria para dar pronto y amplia salida a los productos sero-purulentos que traerían el fin funesto del paciente.

La puerta de entrada, dice RIBERA, abierta y el camino expedito, son las iniciales premisas para el desarrollo de la cirugía abdominal. Ahora bien, no basta saber ya que las serosas se pueden incidir ampliamente, sino si es posible atacar a los órganos incluidos. Como quiera que se había abusado mucho del concepto de órganos esenciales para la vida, los resultados de la experimentación, los traumatismos y las propias intervenciones quirúrgicas demostraron una serie de hechos, tales como: la regeneración parcial del hígado y bazo; los resultados de la esplenectomía en el conejo y la reproducción del bazo por TIZZONI, de la cicatrización de las heridas del riñón y de la regeneración parcial de este órgano por PISENTI, la posibilidad de excisión del páncreas, y la más o menos extensa del hígado, la extirpación de la vesícula biliar, la parcial e incluso total del estómago, las excisiones de -- asas intestinales, etc... demuestran que hay que restringir mucho el concepto de órganos esenciales para la vida, y que si las serosas no protestan, son perfectamente posibles las operaciones ideadas por los cirujanos modernos.

Por tanto, creemos poder ya abordar el estudio de la ci-

rugía abdominal concretada a sus distintos órganos, sistemas y entidades morbo-  
sas más destacadas: cirugía hepatobiliar, gástrica, pancreática, oclusión in-  
testinal, apendicitis.

Cirugía hepatobiliar.- El hígado ha sido sin duda -  
el órgano a que más veces lleva su intervención la cirugía, dijo MARIANI y LA-  
RRION (1894).

Siguiendo a ORTEGA y JIMENEZ (18), podemos clasificar en  
cinco grupos las enfermedades hepatobiliares susceptibles de tratamiento qui-  
rúrgico: 1°.- traumatismos. 2°.- infecciones. 3°.- litiasis. 4°.- Tumores, es-  
pecialmente de la vesícula, advirtiendo dicho autor que en la práctica coexis-  
ten muchas veces tumor y cálculo, y que casi siempre se diagnóstica este cuan-  
do se encuentra aquel. 5°.- Enfermedades parasitarias, muy especialmente lo --  
quistes hidatídicos. Como apéndice se agrega el tratamiento de la hepatotopse  
y algunas enfermedades médicas, para las cuales se propone el tratamiento qui-  
rúrgico, realizado o no a distancia del hígado, y con el fin de paliar un sín-  
toma, o de evitar una complicación.

Ya se conocía la gravedad de los traumatismos de hígado,  
que bien por hemorragia masiva o derrame de la bilis daban origen a p<sup>se</sup>sis pe-  
ritoneal. Por ello, se aceptaba siempre la laparotomía para hacer la hemosta-  
sia o, simplemente, para drenar en el segundo supuesto.

En las lesiones traumáticas de las vías biliares, dice -  
ORTEGA Y JIMENEZ que ya se practicaba la colecistorrafia o colecistectomía - --  
bien una colescistoduodeno, o yeyunostomía, si había sido herida la vesícula -  
biliar. En las lesiones del conducto hepático y colédoco se propuso la sutura  
del primero, si está seccionado; y cuando el segundo está totalmente dividido,  
se había propuesto ligar uno de los extremos y hacer una colecistenterostomía

En los abscesos hepáticos, se practicaba la incisión so-  
bre el punto más culminante y, a ser posible, en la línea media, procurando --  
respetar las adherencias del hígado al peritoneo, si las hubiese, y fijar dicho  
órgano a la pared abdominal con puntos de sutura antes de vaciar el absceso, -  
marsupializando o desaguando luego la cavidad. Esta técnica fué seguida por RI

BERA en los dos casos de abscesos hepáticos presentados a la Academia (1894), el uno de etiología amebiana, y el otro hidatídico.

Sin embargo, MARIANI (19) insiste en que los abscesos de hígado también se curaban antes de esta época, y que el mérito de la cirugía moderna consiste en abreviar su curso, hacer más segura y rápida la misma, y prever los peligros, siempre graves, de la evolución de un proceso en el que, aunque la curación sea frecuente, está siempre el enfermo en inminente peligro de muerte, tanto por la fiebre y los síntomas generales, cuanto por la abertura del saco purulento en la cavidad peritoneal o en el pericardio. Finalmente, y también en la misma época, ORTEGA Y JIMENEZ, citó la técnica de BICHOIS para avocar ciertos abscesos muy profundos de la cara inferior del hígado al colon (hepato-colostomía).

En cuanto a las enfermedades de las vías biliares, el mismo MARIANI, hace notar que la humilde vesícula, si bien tiene un papel pasivo, cuando se rellena de cálculos es un peligro constante para la vida, aunque no en todos los casos, porque son muchos los que se registran de vesículas repletas de cálculos que no han dado lugar a síntoma alguno durante la vida. Tal vez, este motivo justificara un menor número de actuaciones quirúrgicas que las que debieron llevarse a cabo.

Sin embargo, se aceptaba, por lo menos en teoría, que la obstrucción biliar persistente por litiasis, lo mismo que si se diagnostica la existencia de cálculos en cualquier punto de los conductos excretores biliares, era indicación absoluta de laparotomía media, a no ser que se tocasen exteriormente los cálculos de la vesícula, en cuyo caso sería más ventajosa la incisión sobre el borde externo del musculo recto derecho. Después de la laparotomía, las intervenciones a practicar serían: la colecistomía como ideal, la colecistotomía, colecistotricia, la colecistotomía, la hepaticotomía o la coledocotomía. Casos prácticos de extracción de cálculos fueron presentados a la Academia por CERVERA (20), ESPINA (21) y RIBERA (22).

En cuanto a las neoplasias que excepcionalmente están circunscritas y limitadas pueden enuclearse, MARIANI (1894). Cuando la neoplasia invadía por contigüidad el hígado, podría intentarse una resección cuneiforme

de este parénquima, como en el caso comunicado por RIBERA (1894), en el que se vió obligado a reseca una porción de lóbulo cuadrado del hígado y la cabeza - del páncreas. Este autor insiste en la gravedad de estas operaciones ampliadas pero también reconoce que si la porción de la viscera fuese muy limitada, pudie ra hacerse la extirpación con probabilidad de éxito, como el mismo ha realizado.

Entre las enfermedades parasitarias del hígado, son los quistes hidatídicos los que, ya entonces, proporcionaban un numeroso contingente de enfermos a la cirugía, al ser y seguir siendo una enfermedad frecuente - en nuestro país. ORTEGA (1902), afirmó en su memoria sobre laparatomía supra-umbilical, haber presenciado más de cien intervenciones por quistes hidatídicos y en su memoria presentada a la Academia, hace una reseña a todos los métodos operatorios aconsejados para su tratamiento, hasta llegar a la laparatomía en un solo tiempo (LINDEMAN, LANDAU, modificación de RIBERA), que es hoy corriente seguido de marsupialización cuando el quiste está infectado, o cuando sin estarlo, su cavidad es grande o anfractuosa, o si es intrahepático, así como cuando es difícil por su situación la sutura de la pared y nada fácil la extirpación de la vesícula madre. La modificación hecha por TAIT, TORHTON, BILLROTH y DELBET de incisión seguida de extirpación de la vesícula madre, y sutura completa del quiste (sin desague) solo es factible cuando este es unilocular, pequeño, poco profundo y está aséptico. En los quistes pediculares, con una porción pequeña de tejido hepático, cree indicado la extirpación del quiste y paredes.

Los casos resueltos quirúrgicamente en España, aunque fueron aislados antes de la era listeriana, no dejaron de existir. CORTEJARENA (23) a este respecto, refirió el intervenido por D. MELCHOR SANCHEZ TOCA (1855) por ser un quiste hidatídico de hígado de gran volumen y que fue operado por incisión, seguido de inyecciones, y con curación perfecta.

Otro caso brillante de resolución quirúrgica lo refiere IGLESIAS (24), al curar un quiste hidatídico hepático por incisiones reiteradas, a nivel del noveno espacio intercostal, con curas consistentes en mecha, planchas de cerato y cataplasma. Era evidente que había tratado quirúrgicamente un tránsito hepatopleural hidatídico.

Sin embargo, el desarrollo de esta cirugía fue lento in

cluso en plena era listeriana debido a tres ideas erróneas: la creencia de curabilidad de los quistes por expulsión, la fe en la fuerza medicativa del organismo y la posibilidad de tratamientos médicos.

RIBERA (1894), a este respecto, y en su discurso de recepción dijo, que contaba con una casuística de ocho casos intervenidos quirúrgicamente, y que reconocía que estaba completamente demostrado era posible la curación de los quistes hidatídicos del hígado sin intervención quirúrgica; ya porque se rompan espontáneamente y se eliminan por un órgano próximo, ya por transformación calcárea, grasa y por último sebacea, ya porque la bilis puede penetrar en el interior del quiste produciendo la curación definitiva; pero si este hecho es posible, él mismo creía que esta evolución no era la más frecuente. Por esto y porque afortunadamente el pronóstico operatorio iba siendo cada vez mejor, fue un partidario decidido de la laparotomía en estos casos, aún -- cuando creía no debería imponerse su criterio personal a todo el mundo. Tampoco acepta, por ineficacia, los tratamientos médicos dados al interior, como -- los reputados por helmínticos (los calomelanos, las sed, el petróleo, el kama-la) ni tampoco el yoduro potásico, y por tanto sostenía que no había más tratamiento que la punción aspiradora seguida de inyección de una sustancia bactericida, o la incisión directa del quiste sea intra o extra hepático. En cuanto a las ventajas e inconvenientes de ambos métodos se expresaba de la siguiente -- forma: "tengo más miedo a la punción, porque no puedo ver lo que hace la punta del trocar o de la aguja exploradora, que a la incisión amplia del bisturí en la cual veo lo que hago y estoy en condiciones por lo tanto de evitar o corregir cualquier accidente que ocurra". Además de estos inconvenientes, es conocedor de que las punciones tienen el peligro de producir urticaria, reacciones generales, peritonitis, y siembras hidatídicas, así como la imposibilidad de sacar líquido, cuando hay muchas vesículas hijas, por obstrucción de la cánula.

También refiere RIBERA que un método muy empleado fue el de BACCELLI, y que el cual consistía en extraer por punción una pequeña cantidad de líquido (15 ó 20 gr), y en reemplazarlo por una cantidad igual de disolución aséptica, con objeto de matar la hidatidez e impedir la formación de -- pus. HUERTAS comunicó a la Academia Médico Quirúrgica Española (enero 1893), -- tres casos de quistes hidatídicos de hígado curados por este método.



RIBERA refiere, asimismo, la experiencia de sus ocho casos, utilizando en todos ellos el procedimiento empleado por LANDAU, LINDEMANN y SANGER; incisión directa en un solo tiempo, que a su entender, era superior al de VOLCKMANN en dos tiempos, y que por haber bloqueado por adherencias la cavidad abdominal, hace imposible la exploración de ésta, impidiendo también saber si el quiste es único o múltiple y su situación exacta. El modus operandi sería, hacer una sutura previa y vaciando en parte el quiste con el trocar, o simplemente, atrayendo el quiste a la abertura y rodeando esta de esponjas. Con ambas modalidades impediríamos la entrada del líquido y de la hidátidez al peritoneo.

MARIANI (25) en 1902, con una observación personal de docena y media o dos docenas de casos de quistes hidatídicos de pulmones, hígado y otros órganos, cita algunos casos afortunados de localización hepática curados por la laparotomía.

ESPINA (26), por su parte, cita dos casos de curación espontánea, pero a pesar de esta favorable eventualidad, afirmaba que los quistes debían operarse antes de que se abran en los bronquios o en el aparato digestivo, ya que cuando ocurría esto, el problema era mucho mas difícil de resolver, por lo cual había de aspirarse a un diagnóstico precoz. Este autor rechaza también la terapéutica farmacológica en la enfermedad hidatídica, incluso la del yoduro potásico muy recomendada por algunos y advierte que el poder de la espontaneidad curativa del organismo no siempre se manifiesta en las condiciones que serían de desear.

USTARIZ (27), sin embargo, dándole mucha importancia a la dificultad diagnóstica, dice que en algunos casos había que confiar en el poder de la naturaleza para lograr su curación. No obstante, aportó también interesantes casos de hidatidosis hepática, e incluso, uno hepatotorácico, curado quirúrgicamente.

La cirugía de la hidatidosis hepática, ya en los primeros años del siglo actual, es aceptada con menos reservas, siendo prueba de ello que el tantas veces mencionado RIBERA llegó a contar en 1903 con una casística de 68 casos de enfermos portadores de hidatidosis de distintas localizaciones.

zaciones, y entre ellos 38 hepáticos. En cuanto al tratamiento agregó a lo ya expuesto en otro lugar, algunas peculiaridades técnicas, refiriendo un caso - cuya localización era el borde del hígado y en el que extirpó la membrana adventicia, suturando las dos incisiones de la base, así como otros casos más de sutura directa por dentro de la cavidad quística con puntos, quedando cerrada la cavidad herméticamente (28).

Cirugía pancreática.- Como quiera que el páncreas - fue durante muchos años una víscera cuyas funciones eran poco conocidas, con una situación y relaciones anatómicas complicadas, con unas características tisulares difíciles de manipular, desde el punto de vista quirúrgico, no nos extrañará que escaseen los trabajos sobre su patología quirúrgica. Por ello, dijo ALBERT, al estudiar la cirugía abdominal, y refiriéndose a la pancreática, que ésta era el último hijo de una madre tan fecunda.

Refiere RIBERA que en 1873, MARTINI (padre), al operar a una mujer, creyendo que se trataba de un quiste del ovario, y al encontrarse con un neoplasma incluido en un meso-colon, cerró el vientre. En 1889 MARTINI (hijo), se decidió a operarla de nuevo, comprobando se trataba de un quiste de páncreas, sin antes haber hecho un diagnóstico. ROKITANSKI (hijo), también creyendo que se trataba de un quiste de ovario, vió después de la laparatomía que era un quiste pancreático, error cometido también por toda una serie de ciruja nos.

Hay que convenir pues, que un falso diagnóstico ha sido el origen de la cirugía pancreática, ya que casi siempre se creía debía tratar se de un quiste ovárico, un quiste hidatídico de hígado, o de cualquiera de -- los otros órganos incluidos en la cavidad abdominal.

RIBERA SANS (1894) llamó la atención también sobre los -- peligros de la punción exploradora, peligros debidos a que se trata de un tejido que se rasga con la mayor facilidad y, por lo tanto, el derrame del contenido dentro de la cavidad abdominal es posible, tanto más cuanto que algunos -- quistes del páncreas contenían microorganismos en su interior, habiendo dado -- lugar a accidentes muy graves; además, por otra parte, no tenían gran valor -- diagnóstico. Por todo ello, llega a la conclusión que las punciones explorado-

ras deberán prohibirse, aconsejando, por el contrario, la laparatomía, en un solo tiempo y no cree temible la incisión del epiplón, siempre que se tenga en cuenta al hacerla, la situación de los vasos. Cuando se confirmara la existencia de un proceso quístico, era partidario de la marsupialización en lugar de la excisión de un trozo más o menos extenso de páncreas. Dicho autor presentó a la Academia en su discurso para la recepción pública, dos casos personales. En el primero se refería a un enfermo portador de un cáncer de cabeza de páncreas que había producido una compresión del colédoco y en el que juzgó lo más prudente cerrar el vientre, sin pensar siquiera en la colecistenterostomía paliativa aconsejada por algunos, ya que una intervención de este género, además de su gravedad, no podría detener la marcha de tan fatal padecimiento. En el segundo caso referido había tratado con éxito un quiste hidatídico situado, principalmente, en la cola del páncreas, cuyo diagnóstico solo se hizo después de abierto el abdomen, y donde tras la extracción del líquido hidatídico, membrana e hidatidez, practicó seguidamente una marsupialización.

**Esplenectomía.**.- La serie de experimentos practicados en los animales habían demostrado ya que la extirpación del bazo es compatible con la vida, hecho también corroborado por las esplenectomías efectuadas en el hombre. En España, RIBERA publicó su primer caso de esplenectomía en la revista de Medicina y Cirugía Práctica, sentando años más tarde las siguientes indicaciones y contraindicaciones:

1º.- En los traumatismos, el acuerdo de la época ya era unánime; si el bazo forma hernia a través de una herida y no se puede reducir, o ya ha contraído adherencias, la esplenectomía está indicada. Si a la vez que el bazo forma hernia, ha sido contundido, está reblandecido y a punto de gengrenarse, la duda no es permitida, haced inmediatamente la esplenectomía, que es absolutamente necesaria cuando el trauma produce rotura del órgano.

2º.- Enfermedades del bazo.

a) Bazo flotante.- La esplenectomía puede ser precisa ya que pueden originarse complicaciones muy graves.

b) Quistes del bazo.- RIBERA pensó que la esplenotomía y marsupialización deberá sustituir a la esplenectomía.

c) Tumores del bazo.- Muy raros, pero deberán intervenir dado su fatal pronóstico, si se deja siga su evolución.

d) Enfermedades hipertróficas.- Había que distinguir las primarias de las secundarias, ya que en este último grupo, la intervención es completamente inútil. De todas maneras, conceptúa la esplenectomía como -- gravísima en los casos de hipertrofia del bazo, habiendo fallecido sus tres casos personales a quienes había practicado esplenectomías.

RIBERA (29), al dar cuenta a la Academia de su estadística operatoria, comentó algún otro caso de esplenectomía, como la llevada a cabo en Valencia por el Sr. MAS, por quiste hidatídico de bazo, cuyo caso había sido publicado en el Boletín del Instituto de Valencia.

MORENO POZO (30) refirió un caso de esplenectomía que -- ejecutó el 30-XII-1891, curándose la enferma en diez y seis días. Este autor -- se sintió molesto al no ser mencionado su caso en la Academia, cuando RIBERA -- trató dicho tema. Este último hubo de darle una satisfacción, advirtiéndole que la omisión era debida a que creyó, según había manifestado en su discurso que en tal circunstancia no procedía la operación.

GUTIERREZ (31), cuando trata el tema de la esplenectomía, opinó que no debía practicarse en los casos de bazo flotante, ni en -- los quistes de dicho órgano, pues en el primer caso procedería la fijación mecánica, y en el segundo la punción, ya que la operación arroja un 50% de defunciones y había que aplicarla solo en otros estados morbosos. Fue rebatida la -- postura de GUTIERREZ por MORENO POZO, ya que este último había practicado una esplenectomía en un caso de bazo móvil, porque creía que la fijación no daba -- resultados satisfactorios.

En cuanto a la esplenectomía en los quistes hidatídicos de bazo, USTARIZ (1902), dijo que en principio daba gran mortalidad, pero que se había logrado reducir cinco o seis por ciento en la mayoría de los casos y que seguía alta (28 a 30 por ciento) cuando había adherencias, deduciéndose de ello cual sería la indicación oportuna para este autor (32).

Cirugía intestinal. Apendicitis.— En la última década del siglo XIX, eran ya muchos los experimentos efectuados para comprobar la viabilidad de la extirpación de trozos más o menos extensos de asas intestinales, así como sobre el comportamiento de los distintos procedimientos de suturas intestinales, y otras técnicas de anastomosis. Al mismo tiempo, existían ya cientos de operaciones de enterectomía y enterorrafias, por los más variados motivos, que confirmaban los resultados experimentales aplicados a la clínica humana.

Sin embargo, en España no encontramos, aún, estadísticas de importancia en nuestra época sobre el particular, pero no por ello dejó de interesar vivamente a nuestros cirujanos el desarrollo de la cirugía intestinal propiamente dicha. Cuando hablamos en estos términos, nos estamos refiriendo a aquella cirugía que comenzó a practicarse con la instauración y divulgación de las técnicas laparotómicas. Prueba del interés despertado son las innumerables sesiones que la Real Academia de Medicina dedica al tema durante esta década y las convocatorias de premios a las mejores memorias sobre el particular.

Llama la atención que de la estadística del Dr. RIBERA - SANS (33), presentada en 1895, considerada como de las más importantes de su época, e integrada por 399 intervenciones quirúrgicas, entre las cuales 87 --- eran abdominales, solamente figuran una o dos operaciones intestinales propiamente dichas, a pesar de que ya en 1894 él mismo estableciera claras indicaciones de resecciones intestinales seguidas de sutura de los extremos. El recto y el ano eran separados por el autor de las abdominales y en cuya región había ya efectuado amputaciones de recto a lo KRASKE por epitelomas y rectotomías posterior por estenosis rectal. Un escaso número de hernias en número de 10, --- completaban la casuística. La importancia de esta estadística, destacada por SAN MARTIN, y utilizando sus mismas palabras, decimos que "asombra que se haya podido presentar una estadística así", ya que según él transcurrían cursos sin

que los alumnos viésen una operación de hernia, por ejemplo (34).

Aparte de las operaciones sobre los intestinos, en el -- curso de los traumatismos abdominales, son las obstrucciones intestinales en -- donde estas técnicas han de ser aplicadas. Es por esto por lo que dada la gravedad y la variedad de tales procesos morbosos, y por contar con unos escasos medios de diagnóstico, hizo que la cirugía del tubo intestinal fuese, en principio, altamente peligrosa. Este hecho, y el que la oportunidad operatoria fue se incierta, por no existir un criterio unánime, contribuyó a esta escasez de casuística mencionada y que las operaciones del intestino constituyeran las -- peores estadísticas de todas las restantes, referentes a la cirugía abdominal.

Ningún cirujano presenta centenares de casos operados de tubo digestivo, como lo hacían ya de tumores ováricos, de sus anejos y uterinos.

MARTIN GIL (35), expuso en una memoria premiada con accesit por la Real Academia de Medicina, de un modo exhaustivo, las distintas posibilidades técnicas de actuación sobre el intestino y sus indicaciones en las obstrucciones intestinales. Siguiendo a este autor enumeraremos y haremos al -- gún breve comentario sobre las siguientes técnicas:

Punción del intestino.-- Debatida desde antiguo esta técnica, en su memoria, MARTIN GIL aseguró que aún cuando pueda, en ciertas ocasiones, librar al enfermo de una muerte próxima, no deberá practicarse en todos los casos de obstrucción intestinal, ya que los resultados dependerán de la clase de ésta y del estado del intestino en el sitio donde se practique -- aquella.

Enterostomía.-- Método muy antiguo, pues parece ser que CELIO AURELIO dice que ya la practicaba PRAXAGORAS. El valor dado a finales de siglo XIX, seguía diciendo, aún positivo, pues teniendo una indicación de salvar la vida in extremis, podría conseguir en algunos casos detener los síntomas, e incluso llegar a producir la curación. En los casos crónicos se aconsejaba hacer la operación en dos tiempos. En el primero de ellos se fijaba el asa a la herida parietal y en un segundo tiempo, que se podría efectuar desde algunas horas hasta tres días, se haría la incisión del asa intestinal.

Colostomía.-- Algunos cirujanos la denominarán como un -- procedimiento intraperitoneal, laparo-colotomía o, para determinarla más gráficamente, otros le han llamado cecostomía y sigmoideostomía. No es esta operación de las que se encuentran en los libros griegos y latinos, siendo de época más reciente, pues fue descrita por LITTRE, en 1910 en la Academia de Ciencias de París para los casos de imperforación del ano.

Sus indicaciones quedaron fijadas para cualquiera que -- fuera la causa de la obstrucción en el colon o la iliaca; en la imperforación del ano, en las fístulas vesico-rectal o sigmoides y, para algunos, en las hemorragias incoercibles del recto.

Como contraindicaciones se aceptaban, solamente, las obstrucciones agudas, en que se suponga una intussuscesión, o un vólvulo, que, -- de persistir, acarrearía la gangrena intestinal.

En los casos de estenosis y obstrucciones por neoplasias benignas cada vez sus indicaciones se irían limitando, a medida que la resección del tramos intestinal y la anastomosis iban ganando posiciones más ventajosas.

Otros métodos de colostomía que fueron utilizados, fueron: la colostomía iliaca u operación de LITTRE, la colostomía iliaca derecha, la colostomía inguinal, la colostomía transversa y la colostomía lumbar izquierda y derecha.

#### Suturas del intestino, resección y ano artificial.--

Los métodos de enterorrafia circular han sido muy numerosos y discutidos; algunos imperfectos, otros atrevidos, otros no pasaron de -- ser curiosidades y, no pocos, revelaron gran ingenio, considerándose todos muy laboriosos.

Ya en la memoria de MARTIN GIL se exponen las razones -- por las que no debían de practicarse la sutura del intestino en caso de obstrucción intestinal. Estas razones, válidas la mayor parte de ellas, entonces, no

tuvieron vigencia posteriormente y fueron enumeradas así por el autor:

1.- Que casi siempre que había que hacer una enterorrafia circular, y tan considerable número de puntos, invierte un tiempo demasiado largo en la operación.

2.- Porque la unión de los bordes seccionados es casi --- siempre imperfecta.

3.- Porque no se puede asegurar que la sutura se haga en todos y cada uno de los puntos sin comprender totalmente la pared del intestino o, al menos, sin interesar la mucosa.

4.- Porque la larga exposición del intestino al aire, en enfermos extenuados por tan graves afecciones es un motivo de schok.

5.- Porque en toda enterorrafia se reduce fatalmente el diámetro del intestino.

6.- Porque la gran cantidad de catgut o seda que queda - en una larga sutura no suele reabsorberse, ni enquistarse, siendo objeto de -- mortificación y dislaceración del intestino.

7.- Porque es muy fácil que estrangule alguna porción de intestino comprendida entre los puntos demasiado apretados, viniendo el esfascelo y la perforación.

8.- Porque es muy difícil obtener tan perfecta unión con la sutura (cualquiera que sea el método), como se necesita para que pasen lí - quidos por su interior, sin derramarse.

Para MARTIN GIL la enterorrafia podrá servir en las heri das del intestino por arma blanca o de fuego, y en los casos de obstrucciones por cálculos biliares, enterolitos, cuerpos extraños, áscaris y retención de - sustancias alimenticias o de excrementos; esto es, en aquellas obstrucciones - donde una incisión del intestino sea capaz de hacerla desaparecer, sin contar



con que no queden mortificadas sus paredes lo bastante, para que el operador - no esté seguro de su reintegración. Asimismo, aconseja la sutura de LAMBERT o la de CZERNY-LAMBERT y de las demás entrecortados, tipo HALSTEAD, de STANNORE, BISHOP, o continuas, como las de DUPUYTREN, la de GELY, y otras que con poco usadas por ser de más difícil ejecución. Para la enterorrafia circular existían también, muchas técnicas, aún cuando menos que para la lineal, y desde luego, la mayor parte de ellas son aplicables a la primera.

Sigue diciendo MARTIN GIL que la resección intestinal, - durante mucho tiempo se le ha juzgado como la operación más mortífera de la cirugía intestinal, y que se necesitarían muchos años de estudio para unir los - intestinos sin sutura. Si esto fuese logrado, la enterectomía y la colectomía, por medio de la sutura, con o sin restablecimiento de un ano artificial, no -- tendría razón de ser, al llegar las anastomosis sin sutura, a un grado de perfección que rebajara altamente la mortalidad y que, por tanto, estaría indicada en todos los casos en que hubiera que practicar una resección intestinal. - Existiría pues una necesidad apremiante de nuevos métodos de anastomosis, pues lo cierto era que no se había llegado aún a la proporción de curaciones que -- fuera de desear, con los métodos habituales.

MAISONNAUVE fue el primero que concibió la idea de unir los extremos del intestino afecto de obstrucción, muriendo dos enfermos y comunicando su experimento a la Sociedad de Cirugía de París, siendo, por cierto, objeto de ruda oposición.

Otros cirujanos emprendieron nuevos procedimientos de -- anastomosis: HOHENHAUSEN propuso el empleo de cilindros de gelatina, y algunos emplearon tapones de masa, cabos de vela de esperma y rollos de cargut, o el - procedimiento de SENN (1892) con planchas de huevo desposeídas de cal. Una de las razones aducidas en favor de estas anastomosis es que su ejecución sería - mucho más simple y rápida que la enterorrafia circular.

Pero es indudable que el procedimiento más divulgado en - el logro de las anastomosis, y que se empleó durante muchos años después, fue el de los botones anastomóticos de MURPHY, de Chicago, quién el 15 de octubre de 1892 presentó su procedimiento a la Asociación del Valle de Mississippi.

No obstante la variedad de métodos anastomóticos empleados, aún no se había llegado al método definitivo. Por ello siguió la vía experimental buscando nuevos procedimientos, siendo muy digno de mención el trabajo de MARTIN GIL (1897), sobre la utilización de discos de marfil descalcificados para las anastomosis y reunión extremo a extremo del intestino (36).

Aparte del valor intrínseco de dicho trabajo experimental encontramos en su presentación a la Academia una ocasión para conocer las opiniones de los más prestigiosos académicos sobre las suturas y anastomosis intestinales, ya que se establecieron muy numerosos debates, a lo largo de todo un año, de gran valor histórico para la cirugía intestinal y los estados morbosos que puedan exigir tales procedimientos terapéuticos.

El autor de la mencionada Memoria es perfectamente conocedor de los trabajos de MURPHY y los había estudiado profundamente en los animales, dándose cuenta pronto del inconveniente de constituir cuerpos extraños, que por no desaparecer puede, a su vez, desencadenar obstrucción intestinal y no pudiendo siempre comprobar se expulsaran por el año. El laborioso profesor elaboró 27 tamaños de botones de marfil descalcificados por el procedimiento seguido por el Dr. SENN para los suyos de huesos, y para hacer más fácil su colocación, inventó una pinza que a la vez que separaba los casquetes de botones facilitaba el fruncimiento del intestino sobre ellos. La experiencia fue hecha en 22 perros, haciendo 23 uniones de extremo con extremo del intestino, y resultando 21 curaciones y 2 muertes. Una de las ventajas sobre los de MURPHY sería estar constituido por sustancias digestibles y que no quedaba disminución de la luz intestinal.

La Real Academia no podía prescindir de penetrar y escuchar amplios debates sobre problemas, que en aquellos años se hallaban en toda clase de manifestaciones científicas, como libros, folletos, congresos y sociedades. Fueron pues estudiados la oclusión intestinal en toda su amplitud, señalando los diferentes estados morbosos que pueden ocasionar tan grave situación los casos en que debiera apelarse a la medicina operatoria, y las ventajas e inconvenientes de la sutura y del botón cuando se imponga la necesidad de escindir o reseca porciones del intestino y de ejecutar la entero-anastomosis. De esta forma expresaron sus valiosas opiniones en la Corporación prestigiosos

académicos tales como GUTIERREZ, MORENO POZO, RIBERA, MARIANI, GONZALEZ ALVAREZ CORTEJARENA, ORTEGA MOREJON, SAN MARTIN, e IGLESIAS (37).

El Sr. MORENO POZO (38) destacó las excelencias de la sutura intestinal de D. DIEGO DE ARGUMOSA, hecha con pelo de pescador o tranza, que ofrece la flexibilidad y ductilidad necesaria, para dar excelentes resultados, fue descrita extensamente por el célebre cirujano en su Resumen de Cirugía llamándola sutura de colchenero por parecerse a la que emplea en su oficio dicho artesano, siendo su caracter más esencial el poner y mantener en contacto las serosas de los bordes de la herida. Tanto MORENO POZO como el SR. GUTIERREZ insistieron en los graves inconvenientes de los botones de MURPHY.

RIBERA SANS (39), aprovechó estos debates para exponer - algunos casos personales. En una observación presentó el caso de una niña en la que había practicado una extirpación del ciego seguida de anastomosis del íleon con el colon por sutura; abrió el colon transversal, formando un ano artificial, durando la intervención treinta minutos. La niña murió a las treinta horas, pero demostrando la autopsia el buen estado de la sutura. En otros dos casos en que tuvo que aplicar un botón de MURPHY pudo comprobar la rapidez de su aplicación, pero las enfermas también murieron por colapso. Como consecuencia de su desgraciada experiencia, le asombraba leer las estadísticas favorables, lo cual le hacía pensar, o que se publicaba únicamente los satisfactorios o que en España se operaba en condiciones desventajosas. Cree dicho autor que el retraso en la intervención quirúrgica puede ser la causa de las estadísticas desfavorables, a pesar que es sincero al reconocer que, incluso, aún intervinando prontamente, no se obtendrán en las oclusiones intestinales los mismos resultados que en las hernias estranguladas, porque en esta se ataca directamente el obstáculo, y el desbridamiento no es más que una operación de cirugía menor; lo cual no ocurría en las oclusiones o estrangulaciones internas. Sin embargo, GUTIERREZ (40) presentó un caso de esta última modalidad de oclusión, por un lazo hecho en el intestino a nivel del saco de DUGLAS, e incluso, a pesar de ser intervenida la paciente a los nueve días de iniciar el cuadro, dicho autor obtuvo un rotundo y completo éxito. Concluye RIBERA (41) señalando el interés de diferenciar las oclusiones agudas y las crónicas, llamando la atención sobre la ineficacia de los recursos propiamente médicos en las segundas, y la necesidad, en la mayoría de los casos de practicar un ano artificial;

mientras que en los agudos son factores importantes del éxito, el tiempo que se tarda en la operación, la prontitud con que se apela a ella, siendo muy razonable para él la opinión, de que transcurridas veinticuatro horas desde el principio de la oclusión, están indicados procedimientos quirúrgicos.

GONZALEZ ALVARES (42), insistió análogamente en las diferencias que existen entre los éxitos que se obtienen en la cirugía abdominal, cuando se practica por enfermedades no oclusivas y los fracasos casi constantes que se obtienen en estas. Para este autor la causa sería la infección estercoracea, producida por un veneno que ataca profundamente al sistema nervioso y a la crisis sanguínea, y que se manifiesta por los síntomas propios de la oclusión intestinal avanzada, llegando hasta el coma, la postración y el colapso. A pesar de los fracasos señalados, aseguró que en todos los casos de oclusión, ya sea ésta producida por compresión, estrangulación, invaginación, atascamiento, torsión, tumores u otras causas, hay un signo constante que es la fiebre, que indica la intervención quirúrgica, pues de no proceder así, en breve plazo, de dos a cuatro horas, sobreviene la gangrena, cesando la fiebre y presentando la hipotermia (43). Pero en todos los casos se intervendría solamente cuando los modificadores propiamente médicos no hubieran producido el resultado que de ellos se esperaba, opinión que, por otra parte, ya había sido expuesta por MARIANI (44)(45).

GUTIERREZ (46), fue un defensor de la sutura intestinal, que daría buenos resultados, si se cuidaba de que la parte del intestino en que se aplique esté sana, y que el material utilizado sea de resistencia bastante para soportar una cicatriz en el curso del primer septenario y que se empleen agujas intestinales especiales. Hecha así la sutura ofrecería tantas garantías, sino mayores que los botones de MURPHY y MARTIN GIL. Insiste también, en que si en teoría parece que el colapso ha de ser más fácil en la sutura, por el mayor tiempo que se tarde, que cuando se aplican los discos, lo cierto es que él mismo había practicado enterorrafias y extirpaciones del ciego, tardando una o dos horas, sin que haya sobrevenido dicho accidente. Esta autor que practicó la cirugía intestinal desde el año 1885, y había practicado seis intervenciones por perforación del intestino, su estadística no era más favorable que la de RIBERA, pero a pesar de todo creía que se debía practicar siempre la resección del trozo de intestino en que asiente la perforación o la fis-

tula y que la falta de éxito dependía de la alteración de las paredes del tubo intestinal. Como testimonio de que la sutura intestinal bien hecha aventaja a los demás medios conocidos de enteroanastomosis, presentó una niña que había sido portadora de un ano contranatura y a la que intervino quirúrgicamente extirpando cuatro centímetros de los intestinos colon e íleon, uniendo seguidamente, con sutura entrecortada de LAMBERT y a continuación otra continua; la intervención fue seguida de un rotundo éxito (47). Aconsejó, por fin, que se practique un ano contranatural, como mejor procedimiento para salvar la situación, cuando se apela a la laparotomía por estrangulación interna, debido a --bridas, cavidades o agujeros accidentales, o a vólvulo; también, hizo constar que el diagnóstico es a veces muy difícil, no habiendo otro remedio sino abrir el vientre para aclarar la situación, y que debe recurrirse a la cirugía, si transcurridas cuarenta y ocho horas desde el principio de los síntomas de la oclusión, resultaran impotentes las modificaciones propiamente médicas (48).

ALEJANDRO SAN MARTIN, habla de un método que propone denominarlo en castellano, secuestración intestinal, que sortea los peligros de las resecciones, cuya mortalidad es objeto de preocupación constante de los cirujanos y, por otra parte, amplía las probabilidades de éxito operatorio hasta casos calificados de inoperables. Este autor empleó esta técnica en una joven de 17 años, portadora de una fístula estercoracea, con numerosos trayectos esparcidos por el pliegue inguinal y toda la extensión del triangulo de escarpa e inoperable por otros métodos. La técnica tiene el doble objeto de ejecutar una anastomosis intestinal y un tratamiento conservador del trayecto secuestrado por la reunión anastomótica.

El Sr. SAN MARTIN, se declaró muy partidario de las suturas intestinales, y de que, los botones anastomóticos con los demás materiales auxiliares de estas operaciones intestinales se tuvieran en reserva para las urgencias imprevistas.

Dentro de la cirugía intestinal merece una especial mención un proceso morbozo, de muy alta morbilidad, de fácil diagnóstico y cuyo tratamiento es eminente y brillantemente quirúrgico. Nos estamos refiriendo a la apendicitis y cuya solución quirúrgica sorprende que date de poco tiempo relativamente.

Esto es debido, dice RIBERA SANS (51), a que esta enti-dad morbosa se llamó durante mucho tiempo tiflitis ya que se creía, hasta finales del siglo XIX, que todas las lesiones recaían en el ciego, y su terápéutica era casi exclusivamente médica. Así se expresa TALAMON en su notable monografía acerca de la apendicitis y peritífilitis (1892), y así se ha considerado -- hasta el año 1888, pues las ideas clásicas acerca de la inflamación del ciego, eran admitir los dos grados de atasco estercoraceo y de inflamación del ciego o tiflitis, inflamación que podía terminar por resolución o por perforación -- iliaca peritoneal.

Prosigue RIBERA diciendo que no importa que ya en 1856, LEWIS recomendase la incisión precoz en vista de que de los 47 casos de peritífilitis supuradas tratadas por los medios ordinarios solo uno se había salvado, ni de que en 1875 GOULEY insistiera en abrir pronto el absceso; lo cierto es -- que hasta el año 1888 y gracias a una serie de trabajos se llega a la conclusión de que la tiflitis es sumamente rara, y que en la mayoría de los casos, -- el apéndice es el que está enfermo, trátase de una lesión inflamatoria simple, trátase de una gangrena o perforación.

Dadas estas ideas, el poco peligro que ya suponía la laparotomía y la ineficacia de los medios médicos, se comprende que el tratamiento quirúrgico de la apendicitis hiciera grandes progresos.

RIBERA en 1894, siguiendo a TALAMON cree que las opiniones sustentadas podrían agruparse en tres categorías:

1°.- Expectación a toda trance y no intervenir hasta que el absceso se manifieste debajo de la piel y esté a punto de perforarse espontáneamente.

2°.- Hay que intervenir inmediatamente que se diagnostica la apendicitis.

3°.- Intervención precoz pero cuando sea necesaria.

RIBERA cree en efecto que la supuración y la perforación

son frecuentes, pero por tanto en la fase inicial del cólico apendicular no se debería operar; prueba de ello sería la estadística citada por él mismo, de -- GUTTMAN, que comprende 100 casos tratados por medios médicos con 96 curaciones y, solamente, cuatro muertos. Ahora bien, si en esta fase de cólico apendicu -- lar no debería operarse, en cuanto notase sensación de pastosidad dolorosa y limitada a la fosa iliaca, no hay que perder el tiempo en el empleo de medicamentos, porque en esta fase, si va acompañada de temperatura, precede a la supuración o perforación, que si no se pudiese evitar con la intervención, cuando menos, se conseguiría que el pus y los excrementos se vaciaran al exterior y se evita la perforación peritoneal con peritonitis agudísima, mortal casi siempre a pesar de la intervención. Si ya el absceso está formado no habría discusión posible interviniendo para dejar salir el pus y excindir o no el apéndice, se -- gún se juzgue posible o no.

En cuanto a la peritonitis generalizada, dice RIBERA que no cabe más recurso que intervenir sin discusión, a pesar de las pocas probabi -- lidades de éxito, y así lo hizo en uno de sus casos, sin lograr detener en lo más mínimo la evolución fatal.

En cuanto a los cuadros apendiculares reiterativos, tam -- bién dicho autor recomendó la intervención, pues cree que después de cuatro o cinco crisis, no se puede esperar la curación médica.

Cuando al operar se encontrase una abertura cecal, lo -- más prudente sería cerrar, porque la sutura en tales condiciones casi nunca va seguida de éxito y, además, estas fístulas del ciego, cree el autor, tienden a cicatrizarse.

Como exponente de su experiencia, RIBERA presentó cinco casos de apendicitis en la Real Academia de Medicina, en 1894, intervenidos -- quirúrgicamente por él.

MARIANI (52), en 1897, piensa que en las tiflitis ester -- coráceas suele dar tiempo para el empleo de los agentes farmacológicos como -- para los quirúrgicos, mientras que en la apendicitis suele ser precisa una in -- tervención más pronta, haciendo la extirpación del apéndice y las convenientes

desinfecciones.

Durante el año 1908 los debates sobre la intervención -- quirúrgica fueron frecuentes en la Academia, promovidos por una comunicación -- sobre el particular, por el tantas veces mencionado RIBERA SANS, que ya en estas fechas adopta posiciones más intervencionistas que las llevadas a cabo catorce años atrás (53).

Dicho autor sostuvo, en esta ocasión, que cuanto más pronto se opere, los resultados son más beneficiosos; que había diferentes grupos de apendicitis, y entre ellos, el de los que se curaban sin operar; que como -- regla general debe apelarse siempre a la cirugía en esta enfermedad, pues no -- existían verdaderas contraindicaciones; que entre las complicaciones se hallan las infecciones hipertóxicas y la peritonitis, en que el resultado de la operación suele ser adverso; que en no pocos casos de apendicitis se forman adherencias, haciendo creer en una oclusión; y que esta se observa cuando se repiten los ataques de apendicitis, especialmente, después del parto, pudiendo ser necesaria la laparotomía.

Gracias a estos debates, conocemos la postura de numerosas autoridades académicas de la época tales como la de CODINA (54), HUERTAS -- (55), MARIANI (56), JIMENEZ (57), CONDE DE SAN DIEGO (58), RECASEN (59), ALONSO SANUDO (60), CORTEJARENA (61), RODRIGUEZ ABAYTUA (62), HERGUETA (63), SAN -- MARTIN (64), CORTEZO (65) y ESPINA CAPO (66), autores que estudiaron la met -- ria desde distintos puntos de vista.

Como consecuencia de los debates mencionados, se sacaron las siguientes conclusiones: que en la apendicitis gangrenosa y perforante, -- así como en la que invade el peritoneo, debe practicarse, enseguida, la operación; que la apendicitis simple se cura con tratamiento médico y que la compli -- cada se debe de operar una vez demostrada la ineficacia del tratamiento médico; que ha de buscarse el pus donde quiera que se halle; que el aceite de ricino -- se había recomendado como el mejor tratamiento por profesores eminentes; que -- la indicación variará según los casos, teniendo en cuenta que el 45% de los en -- feros se curan con medios internos, debiendo apelar a los quirúrgicos en las perforaciones, peritonitis, cuerpos extraños, y cuando la fórmula leucocitaria



de veinte, veinticuatro o veintiocho mil se conserve algunas horas; que la apendicitis es siempre enfermedad grave; que en la catarral suele bastar el tratamiento médico, apelándose a la operación si hay foco purulento; que ésta deberá hacerse en frío, recurriendo a ella si no hay mejoría en el plazo de 48 horas; que cuando el enfermo no se ha resentido anteriormente, y no hay flemón, no se ha de intervenir; que si es segundo ataque, debe operarse; que siempre - que hay pus deberá operarse y mejor sería no aguardar a que se forme; que no - se admiten ni la peritífilitis ni la peritonitis primitivas; que el pulso suministra datos precisos, debiendo operarse si llega a 120 pulsaciones y la temperatura es de 36° que el diagnóstico solo pueda formarse por el conjunto de síntomas, y no por uno aislado; que la apendicitis que declina a los cuatro o cinco días no debe operarse, obrando en sentido contrario en la peritonitis, abscesos abdominales y alteraciones de la inervación del plexo solar; que hay perforaciones que pasan desapercibidas, que en los procesos de adherencias, supuración, gangrena, perforación y trombosis del apéndice, así como en la peritonitis agudísima, está indicada la operación; que en los países extranjeros se admite la cifra de 88 para las terminaciones favorables y la de 12 para las adversas; que el gran simpático es responsable de gravísimos estados, que no pueden explicarse por la acción de las toxinas sobre el bulbo y, finalmente, que el calor es útil en forma de cataplasma y de baños generales (67).

Cirugía gastroduodenal.- RIBERA SANS dijo en 190' -- que: "la cirugía gástrica no es todavía una cirugía corriente entre nosotros, como lo demuestra, entre otros hechos tangibles, las pocas publicaciones acerca de este asunto y la falta de estadísticas numerosas entre los cirujanos de nuestro país". Igualmente cierto era que no existía unanimidad entre los cirujanos de todos los países, acerca de las indicaciones de aquellas operaciones que se pueden considerar como fundamentales en cirugía gástrica, como son las extirpaciones y las gastro-enterostomías, intervenciones que habían suscitado polémicas en los diversos países. Aún en cuestiones tan concretas como es el tratamiento del cáncer gástrico, las opiniones estaban divididas en favor de la extirpación, intento de cura radical, o en favor de la gastro-enterostomía, proclamación de la impotencia curativa de la cirugía operatoria, resignándose única y exclusivamente, a la cura paliativa, tal vez mejor sistemáticamente, incluso.

En cuanto al tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal, existía análogamente el mismo confusionismo y falta de unidad de criterio. En el Congreso de Cirujanos Alemanes de 1907, no pudo llegarse tampoco a conclusiones unánimes, si bien se marcó una tendencia, cada vez más generalizada, a restringir las indicaciones, dándose el caso de que después de haberse considerado como del dominio de la cirugía todo cuanto a la úlcera de estómago se refiere, entonces se vió que la tendencia fue, tal vez, considerar la úlcera en sí como del dominio de la medicina, y solo susceptible de tratamiento -- quirúrgico las consecuencias próximas y remotas.

También dijo RIBERA que la experimentación había demostrado la posibilidad de operaciones de aparato digestivo, debiendo mencionarse principalmente y con respecto al píloro, las de CZERNY, por ser las más completas y concluyentes; no solo demostró que las gastrectomías parciales son posibles, sino que también la extirpación de todo el estómago, uniendo el cardias al duodeno, era operación soportada por los animales, sin trastornos grandes -- en la nutrición, conservándose sanos y ni siquiera enflaquecer, y en cuanto a la experiencia clínica, también lo había demostrado ya, pues todos los autores de aquel tiempo nos hablan de las primeras operaciones de gastrectomía de PEAN, BYLLROTH, CZERNY, etc. Sin embargo, dada la alta mortalidad que la gastrectomía tenía en clínica humana en sus primeras aplicaciones, nuestros autores (RIBERA 1894) (68) la aconsejaban solo cuando el tumor era pequeño y no tenía adherencias, pues solo así era cuando se consideraba que la operación era posible y -- no muy grave. En los demás casos, además de poner en peligro la vida del enfermo, se consideraban inútiles desde el punto de vista oncológico, por lo que, -- tanto la gastro-enterostomía (operación paliativa) fue sustituyendo a la gastrectomía, (operación radical). Por tanto, el mismo RIBERA, saca la conclusión de que si se quiere hacer una resección de estómago, hay que hacerla pronto, pero dadas las dificultades del diagnóstico precoz, el único medio en la mayoría de los casos sería la laparatomía exploradora, técnica que como ya se ha dicho en otro lugar, no era todavía de uso corriente en España. De esta forma se planteaba el dilema de divulgar las laparotomías precoces, o el tratamiento quirúrgico de las neoplasias gástricas, seguiría siendo paliativo.

En 1898, RIBERA (69), GUTIERREZ (70), CALVO (71) y SAN MARTIN (72) presentaron a la Academia valiosos materiales prácticos y teóricos

de clínica y fisiología experimental, para resolver los arduos problemas referentes a los diversos padecimientos quirúrgicos, especialmente, en la úlcera y el cáncer gástrico. De esta forma, fueron presentados casos de pilorectomía y gastroenterectomía para el tratamiento de la úlcera perforada del estómago, -- cáncer y otros padecimientos, tales como los de RIBERA (73) y CERVERA (74). En tre los operados con éxito por gastro-enterostomía, la técnica empleada más -- frecuentemente, fue el procedimiento de ROUX, a pesar de que algunos académicos dieron preferencia a la anastómosis lateral de DOYEN (75).

En 1899 RIBERA (76), da noticias de extirpaciones extensas del estómago. En uno de los casos, una mujer portadora de un tumor en el -- epigastrio, le hizo una gran extirpación, casi total, del estómago, dejando -- una lengüeta del mismo de unos 4 cm; el curso postoperatorio fue normal y la -- enferma fue dada de alta a los 24 días. Otra enferma en la que no pudo hacer -- una gastro-enterostomía, practicó una resección de tres cuartos del estómago, dejando casi todo el duodeno, con excepción de unos 2 cm, muriendo la enferma al día siguiente. El último caso, más afortunado, hizo una extirpación gástrica, quedando el estómago reducido a una especie de intestino más estrecho que el duodeno. Refiere el autor que la enferma a los 10 días se hallaba en estado tan satisfactorio, que pudo tomar dos huevos y cuatro cuartillos de leche.

GUTIERREZ (77) y MARIANI (78), llaman la atención sobre el hecho de que a pesar de las extensas mutilaciones no se cambiaba el quimismo de la digestión, formándose un pseudoestómago supletorio. Estos autores deg tacan el interés de la utilización del suero artificial en estos enfermos en quién no deberían de aplicarse los alimentos líquidos hasta transcurridas 48 horas de la operación.

Puede decirse que, desde entonces, comienzan a abundar -- más los casos publicados sobre el particular, destacando su aspecto técnico y su fisiopatología (1900), tales como los de GUEDEA (79), en 1900, RIBERA (80) en 1900, SAN MARTIN (81), en 1905, JIMENEZ (82), en 1905, GUTIERREZ (83), RODRIGUEZ ABAYTUA (84) y ALONSO SAÑUDO (85). ALEJANDRO SAN MARTIN, trantando de disminuir el insulto traumático, presentó un caso de cirugía gástrica con la singularidad de practicar la operación en dos tiempos, defendiendo que las -- grandes operaciones se ejecutaran en dos tiempos, ya que haciéndolo así, y se

gún este autor, se disminuiría el riesgo operatorio en un 60%. Esta comunicación, dió origen al debate de más larga duración del año 1905 y donde, además, de defender la gastrectomía como tratamiento del epiteloma gástrico, tendió a defenderla también en los casos de úlceras gastroduodenales.

JIMENEZ, RIBERA y GUTIERREZ, manifiestan su oposición a tal proceder, pues en los carcinomas, las operaciones en dos tiempos ofrece graves inconvenientes, porque del primero al segundo tiempo, puede extenderse el padecimiento; porque la operación en un solo tiempo es a veces más eficaz y más radical, disminuyendo los peligros de la intoxicación por cloroformo; y porque el perfeccionamiento de la técnica permite realizar rápidamente, operaciones, antes largas y peligrosas, debiendo reservarse las intervenciones en dos tiempos para otro tipo de operaciones craneales y renales. Sin embargo, aceptan esta parte escalonada en ciertas laparatomías, en las que un gran tímpanismo lo hiciese absolutamente necesario. Los tres últimos autores, y en otro aspecto - de la cirugía gástrica, están de acuerdo en que en la úlcera de estómago, la operación es un recurso excepcional, y en el cáncer debe operarse en cuanto se diagnostique y que solo en casos excepcionales, con gran adherencias y otras condiciones deberá apelarse a la pilorectomía de REDIGIER (85).

En 1907, RIBERA (86), en su discurso inaugural ante la Academia, pudo presentar una casuística importante, aún cuando es calificada - por él mismo, modestamente, como muy corta. Esta experiencia sobre 109 casos - de operaciones gástricas le sirve para sacar conclusiones basadas en sus observaciones personales.

Dijo RIBERA en el mencionado discurso, que cuando publicó su libro de Patología Quirúrgica General, figuraba en él una estadística de 253 neoplasias intervenidas y, entre ellas, solamente había once epitelomas del estómago (1889-1900). Sin embargo, en los seis años siguientes había operado 251 -- cánceres con la singularidad de que las localizaciones gástricas había ascendido a 54. Este dato demuestra que la terapéutica del cáncer de estómago había -- cambiado desde una terapéutica puramente sintomática, a otra quirúrgica con pretensiones curativas. Ahora bien, el aceptar la acción curativa de la cirugía en el epiteloma gástrico supone para RIBERA aclarar el concepto local o general de las enfermedades neoplásicas; ya que en el segundo supuesto había que acep-

tar la abstención quirúrgica o, cuando más, solo intervenir cuando algún hecho obligara a una operación paliativa.

RIBERA dijo que él había aceptado las teorías sobre el particular y que años atrás había defendido entusiastamente el eminente SANCHEZ TOCA. Este autor sostenía, como ya dijimos en otro lugar, que para los cirujanos los cánceres tienen que ser enfermedades esencialmente locales y que la cirugía curaba el cáncer. La defensa de esta teoría llevó a RIBERA a asegurar -- que si se reproduce el mal, esas recidivas son cosas que atañen al individuo -- que opera, pero no a la ciencia.

Si prescindimos de una yeyunostomía y de dos gastrotomías quedan en la estadística de RIBERA 64 casos de cánceres de estómago en los cuales pudo hacer 20 gastrectomías, 31 gastroenterostomías y en los 13 casos restantes, la intervención quedó reducida a la gastrostomía. Para el autor la estadística no ascendería lo suficiente hasta que los especialistas y médicos se convencieran que la extirpación del cáncer de estómago es el único medio seguro -- de obtener la curación. En cuanto a que los resultados no fuesen satisfactorios sería debido a lo tarde que estos enfermos llegan a los cirujanos, no pudiendo resear más que 20 casos entre 64 enfermos, por la extensión a que había llegado la neoplasia. Sin embargo, no duda cuando técnicamente se puede hacer la resección total del estómago, publicando varios casos de gastrectomías totales, con anastomosis del esófago al duodeno. Esta experiencia le sirva para sentar que la extirpación del estómago, por extensa que sea, es perfectamente posible y como consecuencia si no mata y puede curar, hay que deducir que está perfectamente justificada a pesar de advertir que la gastrectomía sigue siendo una -- operación grave y, desde luego, esta gravedad estará en relación con la extensión de la resección.

Es también muy digno de señalar que RIBERA SANS también practicó en las neoplasias del estómago las gastrectomías, hoy denominadas ampliadas no dudando en resear porciones más o menos extensas del páncreas y del hígado.

En cuanto a la gastro-enterostomía, también practicada -- con éxito por RIBERA (87), CALVO (88) y SAN MARTIN (89)(90), no es para el pri

mer autor un tratamiento adecuado del cáncer de estómago, siendo para él un -- procedimiento de necesidad que solo debe hacerse cuando no puede llevarse a cabo la extirpación del tumor. Esta opinión sería diametralmente opuesta a la de CARDENAL, que en su informe sobre gastro-enterostomía, considera a esta técnica la operación más terapéutica de toda la cirugía gástrica. Al argumento de RIBERA fue claro: la mortalidad de la gastroenterostomía es también alta y nunca es o puede ser curativa (de 36 casos de su estadística, 14 murieron antes - de salir de la clínica), motivo por el cual solo llenaría una indicación mecánica en cuyo caso produciría una mejoría visible.

En cuanto a las indicaciones y técnicas quirúrgicas en la úlcera gastroduodenal, los criterios son aún más dispersos y discutidos en el Congreso de Cirujanos Alemanes en abril de 1906 y en la Sociedad de Médicos de Viena en octubre del mismo año, y así tenía que ser ya que las bases fisiopatológicas de las úlceras gastroduodenales estuvieran durante muchos años en embrión.

Para RIBERA (1907) la Úlcera de estómago era una enfermedad esencialmente médica y solo de un modo accidental puede ser quirúrgica durante el periodo de su evolución, es decir, en sus consecuencias complicativas perforación, hemorragias repetidas, y consecuencias mecánicas de la cicatrización (estenosis, adherencias, estómago bilocado, etc.).

En cuanto a la técnica a emplear, dijo RIBERA en su discurso que, KRONLEY aconsejaba la gastro-enterostomía; REDYGIER la resección de la úlcera; que KOCHER prefirió la gastroduodenostomía. Finalmente, en el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, reunidos en Bruselas en 1905, - los ponentes y todos los cirujanos se declararon en favor de la gastro-enterostomía, pudiendo deducirse que en la primera década del siglo actual se había - llegado ya a un acuerdo casi completo de los cirujanos en favor de la gastro-enterostomía y, sin embargo, persistía la divergencia de criterios en cuanto a las indicaciones. RIBERA tras hacer un relato de las posturas de las distintas escuelas, nos resume las tendencias del momento estableciendo los siguientes - grupos:

Grupo 1º: Todas las afecciones benignas del estómago son

del dominio de la cirugía. Este criterio radical se puede asociar a los nombres de MONPROFIT, LAMBOTTE y, hasta cierto punto, GARRE.

Grupo 2°: Todo es quirúrgico menos la úlcera aguda y las hemorragias fulminantes: MAYO, ROBSON, EISELBERG.

Grupo 3°: La úlcera simple no es del dominio de la cirugía, pero si sus complicaciones: ROTGANS, JOMENESCO, HARTMANN.

Grupo 4°: Aquellos cirujanos que como HERCZEL, no encuentran apenas más indicaciones que las de orden mecánico, y harán una gastro-enterostomía cuando hay fenómenos de retención.

En cuanto a los autores españoles, el Dr. R. LOZANO presentó para su ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, un discurso acerca de "la úlcera del estómago, estudiada desde el punto de vista quirúrgico". Estableciendo la indicación quirúrgica en los siguientes casos: cuando ha fracasado el tratamiento médico; cuando el enfermo presenta vómitos y dolores después de ingerir alimentos; cuando las repetidas hematemesis producen una anemia intensa, y cuando la contractura del píloro o el obstáculo mecánico del mismo dan lugar a éxtasis gástrica con síntomas de tetánia.

CARDENAL, por su parte, en el Congreso Internacional de Madrid establece los siguientes grupos de indicaciones: aquellos enfermos con síntomas de dolor, vómitos, y retención estomacal deberán ser operados; la úlcera simple e hiperclorhídrica con gastrosucorrea, admite que su terapéutica sea médica y que solo, excepcionalmente, será quirúrgica (rebeldía, e intensidad de los dolores, vómitos). Rechaza la indicación en la hemorragia fulminante, pero cree indicada la escisión de la úlcera en las continuas y repetidas.

GONZALEZ CAMPO, solamente, en muy contadas ocasiones acepta la intervención quirúrgica y MADINAVEITIA, por su parte, admite la gastro-enterostomía en la dilatación gástrica y en las hemorragias si son muy frecuentes.

Finalmente, RIBERA, a la vista de lo dicho, expone su —

propio criterio ratificándose en que es indicación precisa y terminante de la gastro-enterostomía o de la intervención quirúrgica, los trastornos debidos a hechos mecánicos y que todas los demás indicaciones son discutidas y discutibles. Se ratifica también, siguiendo a ABAYTUA, en que la úlcera se puede cu - rar con tratamiento médico, y que dicha enfermedad en plena actividad, deberá ser tratada médicamente. En cuanto a la perforación no duda en la indicación - absoluta de la laparatomía, pero nos sorprende cuando nos dice no haber tenido ningún caso de tal complicación por úlcera gastro-duodenal y por lo tanto la - considera excepcional.

Y para concluir, expongamos su postura ante el estómago sangrante. Dicho autor dijo que ni la clínica, ni la experimentación demuestran que la gastro-enterostomía se puede admitir como tratamiento de la hemorragia; que es absurdo pensar en ir a combatir directamente la hemorragia; que la extirpación de la úlcera es rechazada por casi todos los cirujanos, porque a su juicio, no es tan sencillo como parece ver donde está la úlcera. Es evidente pues, que RIBERA no acepta el tratamiento quirúrgico en las complicaciones hemorrágicas de la úlcera gastro-duodenal.

Cirugía obstétrica y ginecológica.- Solamente habremos de ocuparnos de aquellas técnicas intraabdominales de la especialidad, tales como cesárea, histero-laparatomía, cirugía de la esterilización y del em barazo extrauterino, etc., que precisen un tiempo previo de laparatomía. No -- creo necesario volver a repetir, porque ya se ha hecho con suficiente extensión las relaciones existentes entre la cirugía ginecológica y la moderna cirugía ab dominal, y por la misma razón no vamos a reiterar lo dicho sobre la ovariectomía.

El mismo año que iniciamos nuestra investigación, es decir, en 1862, llegó a la academia una memoria de COURTRAI de Bélgica, con el título de "La Operación Cesárea y el sacrificio de la criatura". Pues bien, -- creemos no haber encontrado otra comunicación sobre la materia en la Real Academia hasta pasados treinta años, cuando GALLARDO (91) dió cuenta a la misma - de un caso de parto laborioso y anormal en el que no tuvo más remedio que prac tificar la cesárea. La parturienta acometida de eclampsia, y en la cual se había intentado la versión inultimente, en razón del estado de contracción tetánica



del útero, fue sometida a cesárea, por cuyo medio se consiguió extraer el feto y, a pesar del fallecimiento de la enferma a las 36 horas de la intervención, el autor insiste en que dicha operación no tiene más gravedad que otras laparotomías.

GUTIERREZ (92), en 1897, presentó un caso de cesárea en una paciente portadora de fibronas uterinos múltiples, uno de los cuales hacía imposible el parto por vías naturales. Por este procedimiento extrajo una niña viva, e inmediatamente, procedió a la práctica de una histerectomía. Para este autor, el caso era tan singular que no existían más que cuatro casos análogos en la literatura mundial: uno publicado por GUERMOMPRES de Lilli en 1895; otro de VARNIER y DELBEI en 1897; y otro presentado por MONCHET de Seus a la Academia de Paris hacía unos meses. Como quiera que todos estos casos y el suyo propio, fueron seguidos del éxito más feliz, cuando la operación de cesárea conservadora producía un 50% de defunciones, y la operación de PORRO, aún ocasionaba el 20% de mortalidad, pensó que era mayor la gravedad y complicaciones -- cuando se dejaba el útero, tanto por las hemorragias consecutivas como por los peligros de la infección.

RECASENS (93), en 1909, presentó otro caso de cesárea subperitoneal que practicó en una mujer raquítica con un diámetro antero-posterior pelviano de 5,5 cm, la cual había sufrido otra operación igual en un embarazo anterior.

Este caso proporcionó al autor la ocasión de provocar un debate acerca del problema de esterilizar o no a la mujer en casos similares y en donde intervinieron las figuras más sobresalientes de la tocoginecología, -- tales como: CORTEJARENA, COSPEDAL, CONDE DE SAN DIEGO, etc. FERNANDEZ CHACON (94), que ya tenía en 1905 varias operaciones cesáreas en su haber, nunca había recurrido a la esterilización, pues opinó que el médico no tiene ningún derecho a hacerla y que lo único a que debe limitarse es, cuando exista causa suficiente, a exponer los peligros de una nueva fecundación. COSPEDAL (95), por el contrario, que aún en 1909 no había hecho nunca una cesárea, creía que la indicación de esterilización estaría más justificada por el feto que por la mujer y solo la escasez de viabilidad del producto de la concepción podría aconsejar la utilización de los procedimientos de esterilización. CORTEJARENA por su par

te, cree que no hay derecho a hacer estéril a una mujer ya que podría darse el caso de que un feto alcanzara la vida lozana. Sin embargo, ESPINA y RIBERA, -- adoptan posturas más flexibles, ya que el primero piensa puede llevarse a cabo la esterilización en caso necesario, habiendo de estudiarse, individualmente, -- cada caso, y el segundo aconseja estudiar la cuestión desde un punto puramente clínico, no debiendo intervenir para nada, ni la filosofía, ni la teología. Finalmente, SANCHEZ RUBIO (96), aconsejaría la esterilización cuando las causas son esencialmente mortales y la proscribía cuando no es así, tal es el caso de las estrecheces pélvicas.

En cuanto a las técnicas practicadas para estos fines, -- eran conocidas la ligadura de las trompas, la ligadura y sección de las mismas y la castración. Sin embargo, aunque ligando las trompas y seccionándolas no -- era posible teóricamente la fecundación, para algunos había la posibilidad de embarazo extrauterino, habiendo quien aconsejaba para la obtención de una esterilización cierta, la práctica de la histerectomía.

Una intervención fue recomendada en sustitución de la cesárea, nos referimos a la pubiotomía, sin embargo, autoridades respetables siguieron dando preferencia a la primera. RECASÉN (97), con motivo de la presentación de tres casos, hubo de reconocer que se trataba de una operación que no había aún adquirido carta de naturaleza en nuestro país, ya que el número de -- las publicaciones hasta 1910, no pasaban de 11, con 9 fetos vivos y 9 mujeres vivas. Sin embargo, fue un tema debatido durante dos meses en el que participaron MAESTRE 998), ISLA (99), CONDE DE SAN DIEGO (100), RIBERA (101), COSPEDAL (102), y CORTEJARENA (103), llegándose a conclusiones dispares y, así, mientras que para unos era sencilla y brillante, ya que solo necesitaba aguja y sierra, otros oradores opinaron que: en estrecheces de más de 7 cm y menos de 9 cm se rá preferible el parto prematuro artificial en el 8º mes; que la pubiotomía -- debe quedar relegada a la clínica en tanto no se perfeccionase su técnica; -- que en la generalidad de las estrecheces pelvianas, el parto es espontáneo en el 50% de los casos, en otros basta la aplicación alta del forceps, y en las estrecheces de pelvis de 7,5 a 8 cm, se extraen muchos fetos muertos con la pubiotomía y que; finalmente, las estrecheces de la pelvis exigen mucha prudencia por parte del tocólogo para no apresurarse con operaciones que como la pubiotomía, exigen no poca habilidad y ofrecen complicaciones, no siendo pocos

los casos que terminan espontáneamente en un parto que parecía imposible (104).

En cuanto a la operación princeps de la ginecología, la histerectomía, aparte de los casos publicados por CREUS (105) en 1883, es sin duda alguna GUTIERREZ (106), el autor que más abundantes referencias nos ha dejado sobre el particular. Además del caso referido, en el que tras una cesárea hubo de practicar una histerectomía total, según la técnica de DOYEN, nos había dejado ya un año antes, una muy valiosa comunicación sobre la histerectomía vaginal y la histerectomía abdominal total. En su comunicación, encontramos una muy detallada descripción de la técnica descrita por el Dr. LE BEC, cirujano del Hospital de San José de París, quién la publicó en 1895. Sin embargo, a pesar del entusiasmo con que describe esta técnica, en 1899 presenté a la Academia otro caso en el que la operación que practicó fue por el método americano, de histerectomía abdominal total o de HOWARD KELLY que se estimó preferible al de DOYEN a pesar de reconocer que ambos procedimientos son excelentes.

Otros autores tan prestigiosos como CORTEJARENA (107), escribieron, por el contrario, sobre la peligrosa pendiente por la que verían dirigiéndose muchos cirujanos tratando de generalizar y hasta popularizar dos operaciones de tanta importancia como la ovariectomía y la histerectomía. Este autor reconoce que la histerectomía ha sido, como acto operatorio, uno de los más asombrosos progresos de la cirugía y de gran utilidad para tratar muchas afecciones uterinas que no podían curarse sino por extirpación total o parcial del útero, pero que no serviría, de ningún modo, para tratar los cánceres de matriz.

En 1912, RECASEN (108), CONDE DE SAN DIEGO (109), ISLA (110) y COSPEDAL (111), comunicaron observaciones de enfermas portadoras de miomas y carcinomas uterinos habiéndose practicado en ellas histerectomías subtotales con satisfactorios resultados y solo discrepando en si conviene o no cauterizar el pedículo del muñón o conducto cervical.

El afianzamiento de las técnicas laparatómicas resolvió análogamente, el problema de los embarazos ectópicos y ya, el tantas veces nombrado GUTIERREZ (112), nos había dejado una comunicación acerca del aborto tu-

bárico y la laparatomía en 1894 volviendo a insistir sobre el mismo tema en 1904 (113), y en 1907 (114). En el último año dió cuenta de tres observaciones, manifestando la necesidad de no esperar a que lleguen a término estos - embarazos, había pues que hacer el diagnóstico en los primeros meses, aconsejando la intervención cuando concurriesen las circunstancias más favorables.

RECASEN en 1909 (115), igualmente, presentó un caso personal, no menos interesante que el de GUTIERREZ, de embarazo extrauterino de - cinco meses y medio de desarrollo. En la intervención se halló un hematoma putrefacto, un lóbulo placentario, falta de amnios y de cavidad quística, y existencia de un líquido oscuro. El resultado operatorio fue enteramente feliz.

A ANTONIO COSPEDAL Y TOME (116), debemos una monografía presentada para su discruso de recepción pública en la Academia donde trató -- acertadamente sobre la solpingitis quística supurada, presentando una importante estadística de 56 operaciones. Estudió los efectos de la infección por es - trepcoco y gonococos, su diagnóstico y tratamiento, aconsejando la intervención quirúrgica pronta por colpotomía o laparatomía abdominal, estableciendo en todo caso, una vía de desagüe para los exudados peritoneales. RECASEN (117), por último, nos dejó numerosos casos de hidrosalpinx operados con resultados satisfactorios sentando las diferencias con los piosalpinx, ya que el primer proceso - sería de naturaleza quística, tomando la mucosa las condiciones del endotelio, y no produciría flegmasía, al contrario de lo que sucedería con el piosalpinx. En 1908 trató del gravísimo problema de la peritonitis puerperal en la que indicó la colpotomía y la laparatomía, según los casos y circunstancias, habiendo manifestado haber rebajado la mortalidad a 44% por la intervención quirúrgica.

## B I B L I O G R A F I A

- 1 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Contestación al discurso de recepción - pública de JOSE RIBERA SANS sobre reflexiones acerca de la laparotomía - fundadas en algunos hechos". Discurso para la Recepción Pública leído en la Real Academia de Medicina. Madrid Año 1894.
- 2 .- RIBERA SANS, JOSE: "Reflexiones acerca de la laparatomía fundadas en algunos hechos". Discurso para la Recepción Pública, leído en la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1894.
- 3 .- RUBIO Y GALI, FEDERIDO: "Comunicación sobre la ligadura del pedículo en la ovariectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Sesión literaria del 23-IV-1879, página 152. Año 1879.
- 4 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1903 pronunciado en la solemne inauguración de 1904 en la Real Academia de Medicina. Memorias - de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII. Año 1904.
- 5 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "De la influencia del genio latino en el caracter actual de la medicina, reflejada principalmente en el diagnóstico y en la terapéutica". Discurso inaugural leído en la solemne apertura de la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1912.
- 6 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1872 pronunciado en la inauguración de 1873 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
- 7 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1873, pronunciado en la inauguración de 1874 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Años 1862-1880.
- 8 .- GOMEZ TORRES: "Un caso de quiste dérmico de ovario y ovariectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo I, página 42. Año 1879.

- 9 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1877 pronunciado en la -  
inauguración de 1878 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Se-  
cretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo I. Año 1862-1880.
  
- 10 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Sobre un caso de ovariectomía práctica con éxito -  
satisfactorio. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V. Sesión li-  
teraria del 17-II-1883.
  
- 11 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación sobre laparo-histerotomía". Anales de  
la Real Academia de Medicina. Tomo V. Sesión literaria del 3-III-1883 pá-  
ginas 109 y 121. Año 1883.
  
- 12 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del pensamiento médico moderno  
ante la práctica". Discurso inaugural pronunciado en la solemne apertura  
de la Real Academia de Medicina. Madrid año 1895, página 52.
  
- 13 .- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas 1884 pronunciado en la -  
solemne inauguración de 1885 en la Real Academia de Medicina". Memorias -  
de Secretaría. Tomo II. Año 1881-1900.
  
- 14 .- RIBERA SANS, JOSE: "Comunicación referente a once casos de laparatomías".  
Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XII. Sesión literaria del -  
27-II-1892. Año 1892.
  
- 15 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Discurso contestación al de recepción -  
pública de José Ribera Sans sobre reflexiones acerca de la laparatomía -  
fundadas en algunos hechos". Anales de la Real Academia de Medicina. To-  
mo XI, página 169, año 1908.
  
- 16 .- ISLA Y BOLOBURU, ENRIQUE: "Textura y fisiología del Peritoneo". Discurso  
para la recepción pública leído en la Real Academia de Medicina. Madrid  
Año 1908.
  
- 17 .- CALLEJA Y SANCHEZ, JULIAN: "Discurso contestación al de recepción públi-  
ca de Isla, sobre textura y fisiología del peritoneo". Discurso para la  
recepción pública leído en la Real Academia de Medicina. Madrid Año 1908.

- 18 .- ORTEGA JIMENEZ, ANTONIO: "Indicaciones de la laparatomía supra-umbilical". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 22, página 294. Año 1902.
- 19 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Discurso contestación al de recepción pública de JOSE RIBERA sobre reflexiones acerca de la laparatomía fundadas en algunos hechos". Anales de la Real Academia de Medicina de Medina. Tomo II, página 172. Año 1894.
- 20 .- CERVERA RUIZ, EULOGIO: "Cálculos hepáticos y renales, exposición de casos prácticos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Sesión literaria de 27-VI-1901. Año 1901.
- 21 .- ESPINA CAPO, ANTONIO: "Cálculos hepáticos y renales, exposición de casos prácticos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI, páginas -- 290 y 291. Año 1901.
- 22 .- RIBERA SANS, JOSE: "Cálculos hepáticos y renales, exposición de casos prácticos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI, páginas -- 290 y 291. Año 1901.
- 23 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Lectura de escritos y casos prácticos del Dr. D. Melchor Sanchez Toca". Anales de la Real Academia de Medicina. Sesión literaria del 13-IV-1907, Tomo XXVII página 250. Año 1907.
- 24 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Comunicación sobre un caso de quiste hídatico de hígado". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Sesión literaria del 24-V-1880, página 237. Año 1880.
- 25 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Comunicación sobre quistes hídaticos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII. Sesión literaria del 1-II-1902, página 102. Año 1902.
- 26 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Discurso sobre quiste hídatico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII. Sesión literaria del 21-VI-1902 página 263. Año 1902.

- 27 .- USTARIZ Y ESCRIBANO, JOSE: "Discurso sobre quiste hidatídico". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII. Sesión literaria del 28-VI-1902 páginas 266, 267 y 268. Año 1902.
- 28 .- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso acerca de quistes hidatídicos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesiones literarias del 31-I-1903, página 60; del 14-II-1903, página 70; del 21-II-1903 y del 9-V-1903 página 223. Año 1903.
- 29 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesiones literarias del 16-III-1895 y del 23-III-1895. Año 1895.
- 30 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Terminación del discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, sesión literaria del 20-IV-1895 página 117 y 130. Año 1895.
- 31 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 25 de mayo de 1895, página 144. Año 1895.
- 32 .- USTARIZ Y ESCRIBANO, JOSE: "Discurso sobre quistes hidatídicos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII. Sesión literaria del 28-VI-1902, páginas, 266, 267 y 268. Año 1902.
- 33 .- RIBERA SANS, JOSE: "Estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16-III-1895, página 74. Año 1895.
- 34 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observación sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Sesión literaria del 16 de marzo de 1895, páginas 84 y 86. Año 1895.
- 35 .- MARTIN GIL, RAMON: "Intervención de la Cirugía en el tratamiento de las obstrucciones intestinales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV. Año 1895 (Memoria premiada con accesit).



- 36 .- MARTIN GIL, RAMON: "Discos de marfil decalcificados para anastomosis intestinales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII. Año 1897
- 37 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1897, pronunciado - en la solemne inauguración de 1898 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 38 .- MORENO POZO, ADOLFO: "Discurso acerca de la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 13 de febrero de 1897, página 90. Año 1897.
- 39 .- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso referente a la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 27 de febrero de 1897, página 102. Año 1897.
- 40 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Operación de la oclusión intestinal". -- Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 1-II-1902, página 66. Año 1902.
- 41 .- RIBERA SANS, JOSE: "Terminación del discurso acerca de la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 6-III-1897, página 112. Año 1897.
- 42 .- GONZALEZ ALVAREZ, BALDOMERO: "Discurso acerca de la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 13-III-1897, página 125. Año 1897.
- 43 .- GONZALEZ ALVAREZ, BALDOMERO: "Terminación del discurso acerca de la cirugía intestinal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 20-V-1897, página 133. Año 1897.
- 44 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Discurso acerca de la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 13-III-1897, página 124. Año 1897.

- 45 .- GONZALEZ ALVAREZ, BALDOMERO: "Rectificación sobre cirugía intestinal". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 3-IV-1897, página 263. Año 1897.
- 46 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Discurso sobre cirugía intestinal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 12 de junio de 1897, página 313. Año 1897.
- 47 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación de un caso de ano contranatura". Tomo XVII, sesión literaria del 24-IV-1897, página 268. Año 1897.
- 48 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Terminación discurso de cirugía del intestino". Tomo XVII, sesión literaria del 26-VI-1897, página 342. Año 1897.
- 49 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1897 pronunciado en la solemne inauguración de 1898 en la Real Academia de Medicina". Memorias de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 50 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Discurso sobre cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 26-VI-1897, página 343, año 1897.
- 51 .- RIBERA SANS, JOSE: "Reflexiones acerca de la laparatomía fundadas en algunos hechos". Discurso para la recepción pública pronunciado en la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1894, páginas 135 y 136.
- 52 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Discurso acerca de la cirugía del intestino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, sesión literaria del 13-III-1897, página 125. Año 1897.
- 53 .- RIBERA SANS, JOSE: "Intervención quirúrgica en la apendicitis durante el periodo agudo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 8-II-1908, página 192; 4-IV-1908, página 319; 2-IV de 1908, página 320, y del 23-V-1908, páginas 351 y 352. Año 1908

- 54 .- CODINA Y CASTELLVI, JOSE: "Discurso sobre la intervención quirúrgica en la apendicitis en el periodo agudo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 29-II-1908, página 222; 14-III-1908, página 230; y del 4-IV-1908, página 318. Año 1908.
- 55 .- HUERTAS Y BARRERO, FRANCISCO: "Discurso sobre la intervención quirúrgica en la apendicitis en el periodo agudo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 14-III-1908, página 231; del 16-V-1908, página 349; y del 23-V-1908, página 350. Año 1908.
- 56 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Contestación sobre apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 14 de marzo 1908, página 232; del 4-IV-1908, página 318. Año 1908.
- 57 .- JIMENEZ GARCIA, RAMON: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 28-III-1908, página 232. Año 1908.
- 58 .- CONDE DE SAN DIEGO (EUGENIO GUTIERREZ): "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 8-III-1908, página 235. Año 1908.
- 59 .- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 18-III-1908, página 235; del 2-IV-1908, página 321; y del 25-IV-1908. Año 1908.
- 60 .- ALONSO SANUDO, MANUEL: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 28-III-1908, página 237. Año 1908.
- 61 .- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 28-III-1908, página 238. Año 1908.
- 62 .- RODRIGUEZ ABAYTUA, NICOLAS: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII. Sesión literaria del 28-III-

de 1908, página 238. Año 1908.

- 63 .- HERGUETA Y MARTIN, SIMON: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 4-IV-1908, página 318. Año 1908.
- 64 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Continuación sobre apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 9-V-1908 página 340; del 16-V-1908, página 348; y del 30-V-1908, páginas 353 y -- 354. Año 1908.
- 65 .- CORTEZO Y PRIETO, CARLOS MARIA: "Intervención en la Apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesiones literarias del 23 mayo 1908, página 350; del 30-V-1908, páginas 353 y 354. Año 1908.
- 66 .- ESPINA CAPO, ANTONIO: "Intervención en la apendicitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 23-V-1908, páginas 351 y 352. Año 1908.
- 67 .- IGLESIAS Y DIAZ MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1908, pronunciado en la solemne inauguración de 1909, en la Real Academia de Medicina". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Año 1908.
- 68 .- RIBERA SANS, JOSE: "Reflexión acerca de la laparatomía fundada en algunos hechos". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XI, página 57. - Año 1894.
- 69 .- RIBERA SANS, JOSE: "Caso de gastroenterostomía y resección del ciego". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesiones literarias del 5-II-1898, y del 12-II-1898, página 75. Año 1898.
- 70 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Pilorectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 12-II-1898, página 77. Año 1898.
- 71 .- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Gastroenterostomía". Anales de la Real Academia -

- de Medicina. Tomo XVIII. Sesión literaria del 19-II-1898, página 79. Año 1898.
- 72 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Gastroenterostomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 5-III-1898, página 89. Año 1898.
- 73 .- RIBERA SANS, JOSE: "Presentación de un operado de esplenectomía y otro de pilorectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI, sesión literaria del 15-VI-1901, página 260. Año 1901.
- 74 .- CERVERA RUIZ, EULOGIO: "Presentación de un operado de gastro-enterostomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesión literaria del 16-V-1803.
- 75 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1898 pronunciado en la solemne inauguración de 1899 en la Real Academia de Medicina. Memoria de Secretaría de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1900.
- 76 .- RIBERA SANS, JOSE: "Tres casos de extirpación de estómago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX, sesión literaria del 22-V-1899. Año 1899.
- 77 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Observaciones sobre los tres casos de extirpación de estómago presentados por Ribera". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX, sesión literaria del 22-V-1899, página 211. Año 1899.
- 78 .- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Observaciones sobre los tres casos de extirpación del estómago presentados por Ribera". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX, sesión literaria del 24-VI-1899, página 230. Año 1899.
- 79 .- GUEDEA CALVO, LUIS: "Historial de una operación de gastrectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX, sesiones literarias del 12-V-1900 y del 2-VI-1900, página 238. Año 1900.

- 80 .- RIBERA SANS, JOSE: "Operación de gastrectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII, sesión literaria del 1-II-1902, página 67 -- Año 1902.
- 81 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación de un caso de resección del estómago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXV, sesiones literarias del 18-II-1905, página 81; del 29-IV-1905, página 221; del 6-V-1905 página 234; del 13-V-1905, página 236, del 20-V-1905, página 238; y del 3-VI-1905, página 245. Año 1905.
- 82 .- JIMENEZ GARCIA, RAMON: "Discurso sobre la resección de estómago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXV, sesiones literarias del 25-II de 1905, páginas 86 y 87; del 10-VI-1905, página 246; y del 20-VI-1905, - página 246. Año 1905.
- 83 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Discurso sobre resección de estómago". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXV, sesión literaria del - 10-VI-1905, página 246. Año 1905.
- 84 .- RODRIGUEZ ABAYTUA, NICOLAS: "Discurso sobre resección de estómago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXV, sesiones literarias del - 2-III-1905, página 774; y del 1-IV-1905, página 177. Año 1905.
- 85 .- ALONSO SANUDO, MANUEL: "Discurso sobre resección de estómago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXV, sesiones literarias del 2-II-1905 página 774; y del 1-IV-1905. Año 1905.
- 85 .- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1905, pronunciado en la solemne inauguración de 1906, en la Real Academia de Medicina". Memorias de la Real Academia. Tomo XVIII. Año 1905.
- 86 .- RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones sobre la cirugía gástrica". Discurso pronunciado en la solemne sesión inaugural de 1907 en la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1907.
- 87 .- RIBERA SANS, JOSE: "Caso de gastroenterostomía y de resección del ciego".

Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesiones literarias del 5-II-1898 y del 12-II-1898, página 75. Año 1898.

- 88 .- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Gastroenterostomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 19-II-1898, página 79. Año 1898.
- 89 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Gastroenterostomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 19-II-1898, página 80. Año 1898.
- 90 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación acerca de dos casos de gastroenterostomía fistulizada". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX, sesión literaria del 12-V-1900, páginas 222, 223 y 224. Año 1900.
- 91 .- GALLARDO: "Comunicación de un caso de cesárea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIII, sesión literaria del 8-IV-1893, página 124. Año 1893.
- 92 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación de un caso de cesárea y extirpación de fibronas uterinos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVII, año 1897.
- 93 .- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Operación cesárea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesiones literarias del 13-II-1909, página 61; del 6-III-1909, y del 13-III-1909. Año 1909, páginas 82 y 83.
- 94 .- FERNANDEZ CHACON, ANTONIO: "Observaciones acerca de la operación cesárea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 6-III-1909, página 79 a 82. Año 1909.
- 95 .- COSPEDAL Y TOME, ANTONIO: "Observaciones acerca de la operación cesárea". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesiones literarias del 13-II-1909, página 61 y del 6-III-1909, página 76. Año 1909.
- 96 .- SANCHEZ RUBIO, EDUARDO: "Observaciones acerca de la operación cesárea".

Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesiones literarias del 13-II-1909, páginas 61 a 63, y del 6-III-1909, páginas de 66 a 68. Año 1909.

- 97 .- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Tres casos de pubiotomía". Anales de la -- Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 12-II-1910, página 82; del 12-III-1910, página 275; del 2-IV-1910, página 277; y del 9-IV-1910, página 278 y 279. Año 1910.
- 98 .- MAESTRE DE SAN JUAN, AURELIO: "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX. Sesiones literarias del 26-II-1910, página 108; del 5-III-1910, página 114; del 2-IV-1910, página 279 y 280. Año 1910.
- 99 .- ISLA BOLOMBURU, ENRIQUE: "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 19-II-1910, página 97. Año 1910.
- 100.- CONDE DE SAN DIEGO (GUTIERREZ Y GONZALEZ EUGENIO): "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 5-III-1910, página 108; y del 2-IV-1910, página 277 y 278. -- Año 1910.
- 101.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 5-III-1910, página -- 109, y del 2-IV-1910, páginas 277 y 278. Año 1910.
- 102.- COSPEDAL Y TOME, ANTONIO: "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 26-II-1910, página 108; del 5-III-1910, página 114; del 2-IV-1910 y del 9-IV-1910, páginas 279 y 280. Año 1910.
- 103.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre pubiotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesiones literarias del 12-III-1910, página 273 y del 9-IV-1910, página 279 y 280.



- 104.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1910, pronunciado en la solemne inauguración de 1911 en la Real Academia de Medicina". Tomo XXI. Año 1911.
- 105.- CREUS Y MANSO, JUAN: "Comunicación sobre laparo-ovario-histerectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo V, sesión literaria del 3 de marzo de 1883, página 109. Año 1883-1884.
- 106.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación de un caso de histerectomía abdominal total, por fibroma". Anales de la Real Academia de Medicina. - Tomo XVI, sesión literaria del 22-II-1896, páginas 82, 89 y 90. Año 1896.
- 107.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del pensamiento médico moderno ante la práctica". Discurso pronunciado en la solemne inauguración de -- 1895 en la Real Academia de Medicina. Madrid Año 1895.
- 108.- RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Mioma y cáncer uterino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII sesión literaria del 25-V-1912, página 296, año 1912.
- 109.- CONDE DE SAN DIEGO: "Observaciones acerca de mioma y cáncer uterino". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 25-V-1912, páginas 296 y 297. Año 1912.
- 110.- ISLA Y BOLOMBURO, ENRIQUE: "Observaciones acerca de mioma y cáncer uterino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 25-V-1912, páginas 296 y 297. Año 1912.
- 111.- COSPEDAL Y TOME, ANTONIO: "Observaciones sobre mioma y cáncer uterino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 25-V-1912, páginas 296 y 297. Año 1912.
- 112.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación acerca de un aborto tubárico y laparatomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Sesión literaria del 16-VI-1894, página 283. Año 1894.

- 113.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Embarazo abdominal primitivo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIV. Sesión literaria del 6-II-1904, página 71. Año 1904.
- 114.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Comunicación sobre embarazo ectópico". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesión literaria del 20-IV-1907, página 254. Año 1907.
- 115.- RECASÉN Y GIROL, SEBASTIAN: "Caso de embarazo extrauterino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 29-V-1909, página 280. Año 1909.
- 116.- COSPEDAL Y TOME, ANTONIO: "Consideraciones acerca de la salpingitis química supurada". Discurso pronunciado en la solemne inauguración de 1905 en la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1905.
- 117.- RECASÉN Y GIROL, SEBASTIAN: "Dos casos de hidrosalpingitis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVI, sesión literaria del 9-VI-1906, página 282. Año 1906.
- 118.- RECASÉN Y GIROL, SEBASTIAN: "Peritonitis puerperales". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 14-III-1908, página 229. Año 1908.

298

Apartado 2°

LA CIRUGIA TORACICA

- Introducción histórica
- Punción pleural
- La pleurotomía
- El empiema crónico
- Cirugía traqueo-bronquial

Traqueostomía e intubación traqueal.

Cuerpos extraños traqueo bronquiales.

Tumores de tráquea.

- Cirugía esofágica

Esofagotomía. Cuerpos extraños en el esófago.

Esofagoscopia.

Dilataciones en las estenosis esofágicas.

- Hidatidosis torácica

## LA CIRUGIA TORACICA.-

Introducción histórica.- El capítulo de la cirugía torácica, en nuestro periodo historiado, comienza con la simple toracocentesis y termina con la pleuroneumotomía mediastínica y las neumectomías. Entre ambos extremos, se encuentra comprendida la evolución de la cirugía pleuropulmonar - en el siglo XIX y, muy especialmente, a partir de su última década, que es -- cuando realmente comienza su impulso definitivo.

Sin embargo, como en otro lugar hemos dicho, y siguiendo criterios actuales, completaremos el capítulo con la inclusión y descripción - de los primeros balbuceos en la patología esofágica y traqueobronquial en España.

EULOGIO CERVERA ROYO, en su discurso inaugural de 1900, nos ha dejado un resumen histórico sobre la evolución de la cirugía torácica, que a continuación exponremos. Dice dicho autor que fue el empiema el primer proceso morboso tratado cruentamente, y que fue, al parecer, la observación de un hecho casual lo que aconsejó este tipo de tratamiento. Un individuo llamado Falero, Jason de Jere, o Prometeo el Tesaliano, buscó la muerte en un combate por encontrarse enfermo. Sin embargo, al recibir una herida penetrante en el pecho, curó.

De todas maneras, desde tiempos más remotos se abría el pecho, cuando en él se acumulaba algún derrame de materia purulenta. Hipócrates, y sus discípulos, aconsejaba también este proceder, así como Galeno y Celso.

En la época arábiga, ya se discutió la oportunidad de -- tal intervención, que continuó aconsejándose en el siglo XVI, pero que fue -- proscrita hasta bien entrado el siglo XIX, aunque lentamente, ya que en los -- primeros lustros del siglo, eran aún los éxitos tan escasos que VELPEAU perdió todos sus enfermos, y DUPUYTREN, que en 1835 había operado 50 empiemas, alcanzó solo cuatro curaciones, quedando tan vivamente impresionado que al ser víctima de la misma enfermedad exclamó cuando le indicaron la operación: "prefiero que

Dios me mate, a morir a manos de los cirujanos".

A pesar de este retroceso, terminó por aceptarse definitivamente el principio de drenar el pus contenido en la pleura y el pulmón, si bien, se discutía la supremacía entre la punción o toracocentesis y la operación llamada radical o pleurotomía.

Punción pleural.— En cuanto a la punción pleural, dice CERVERA en su discurso que DROUIN empleó por primera vez la punción con trocar en el siglo XVII y, desde entonces, este instrumento va a sufrir numerosas modificaciones, especialmente orientadas a evitar la entrada del aire en la cavidad pleural. Por estas razones, en España defendió el aparato de Cabezali para este menester, exponiendo sus ventajas ante la Academia. Sin embargo, el --tratamiento quirúrgico de los empiemas no se consolidaría hasta no entrar de --lleno la antisepsia y asepsia, contribuyendo tal aporte al indiscutible progreso de la cirugía torácica.

Como muy bien dice CERVERA, a la toracocentesis simple o acompañada de aspiración, la siguió la idea de asociar a la punción lavados e inyecciones con líquidos apropiados en la cavidad pleural, siendo al parecer, ARAN, en 1853, quién lo puso en práctica. Sin embargo, como los resultados no fueron mejorados, se pensó que la causa de los fracasos estaba en la evacua --ción incompleta de pus y a la insuficiencia del lavado. De esta forma, surgieron las técnicas de lavados múltiples y drenaje permanente, para lo cual se inrodujeron muy variados métodos que utilizaban tubos o cánulas.

Pero indudablemente, pronto se llegó al convencimiento --de que la mayor parte de los resultados adversos estaba en la retracción pulmonar por el derrame pleurítico y que, por tanto, lo que había que lograr era la reexpansión pulmonar. Siguiendo este principio, se aplicaron los drenajes aspiradores siguiendo el principio del sifón, y así surgió el método de BILAU, que puede decirse mana del anterior, y cuyo fin era derrotar la plurotomía u oneración radical.

Para EULOGIO CERVERA en 1900, aún la punción con aspiración continua, no inspiraba la debida confianza porque ni evitaba el acceso --

del aire, ni siempre mantenía la salida constante del pus (2).

La pleurotomía.- La técnica de la pleurotomía, dice - CERVERA en su discurso, nació de la necesidad de que la evacuación del pus fue se rápida y desde HIPOCRATES que ya había dejado un procedimiento operatorio, hasta la pleurotomía aséptica, se pasó por una serie de vicisitudes, bastando decir que en los primeros lustros del siglo XIX, eran tan deplorables sus resultados, que fue desechada y proscrita por médicos y cirujanos, de tal manera que en 1872 BAUCHUT combatió la pleurotomía y defendió ardientemente las punciones repetidas.

Sin embargo, desde que EWART en 1873 practicara la primera pleurotomía antiséptica, fue ocupando lugar dicha técnica, primero en Inglaterra y Alemania, más tarde en Francia y España que en esta ocasión no se retrasó.

Las formas de practicar la pleurotomía fueron dos: la incisión simple, más o menos extensa, sobre un espacio intercostal y la incisión acompañada de resección, igualmente, más o menos extensa de una costilla, técnica seguida por nuestro compatriota CERVERA. Este autor, en la Revista Clínica en 1894, señalaba que los fracasos achacables a la pleurotomía eran debidos a que se olvidaban los espacios complementarios pleurales, y de estos el más importante el costo-diafragmático, proponiendo distintas vías de abordaje para las respectivas localizaciones de estos.

El empiema crónico.- La relación de los métodos expuestos hasta aquí, tan solo han tenido en cuenta el tratamiento de las pleurías agudas. Los empiematosos crónicos están condenado a sufrir eternamente, - no habiendo esperanza de curación sin la cirugía, pues se pensaba, ya con razón que el pulmón retraído condensado y cubierto de pseudo-membranas, determinaba espacios muertos entre él y la pleura parietal, que no desaparecerían porque - ni el pulmón se dilataba, ni la pared torácica, rígida por su constitución, se hundía.

Prosigue CERVERA diciendo que los alemanes creen haber sido los iniciadores del tratamiento quirúrgico de los empiemas antiguos. De -

esta forma, con SIMON DE HEIDELBERG que en 1869, y en su clínica, practicó una resección costal con el deliberado propósito de curar los empiemas crónicos, - nacería la idea de movilización de la caja torácica para tal fin. Sin embargo, ESTANDER fue el que estableció las reglas de la operación y contribuyó más que nadie a generalizarla. Rápidamente, aparecieron procedimientos modificadores: OLLIER, DELORME y MAXS SCHEDE (1879) que resecaban todo el espesor de la pared suturando después la piel sobre el pulmón.

FEDERICO RUBIO Y GALI en la década de los sesenta en el siglo pasado, y como él bien señala, antes que estuvieran admitidas las grandes mutilaciones de la jaula torácica, tuvo necesidad de practicar una de esas operaciones. Se trataba de un obrero que padecía una pleuro-peri-neumonía, con fístulas torácicas y caries de varias costillas de origen traumático. RUBIO Y GALI emprendió entonces como cosa extraordinaria y fuera de la ciencia constituida, lo que mucho más tarde fue operación preferible y electiva. Creemos que este es un acontecimiento histórico de mucho interés para la cirugía torácica española, por creer que ha sido un acontecimiento no reivindicado. Por el año 1882 y 1883 volvió a operar en el Instituto de la Princesa otros dos casos similares, a pesar de que, humildemente, reconoce no tener mucha experiencia en la materia tratada, nos dejó su posición ante la problemática de los derrames; este autor dice: "...se obtiene a veces la curación del hidrotorax por la simple punción. Se obtiene asimismo, a veces, con las punciones y las aspiraciones más o menos repetidas. Se obtiene, a veces, practicando una abertura por resección de una o más costillas, y para no cansar, se obtienen curaciones por todos los procedimientos en unos enfermos y no se consiguen en otros por ninguno, ni aún suprimiendo los espacios muertos y la casi totalidad de la jaula torácica (3)"...

Otro académico, el Sr. ESPINA, en el año 1901 hizo una interesante aportación sobre el particular, presentando ante la Academia un caso en que hubo de resecar ocho costillas (4).

Aceptado el espacio residual como causa de la rebeldía del tratamiento de los empiemas crónicos, se plantearon dos soluciones: hundir la pared torácica, como ya hemos visto; o devolver al pulmón su dilatabilidad. Lo primero se lograba por las toracectomías, toracoplastias y toracotomías, y



lo segundo con la decorticación pulmonar.

Para SEHEDE, dice CERVERA en su discurso, las toracectomías del tipo STLANDER curan más o menos fácilmente los empiemas parciales y, sobre todo, de cavidad pequeña; pero no así los totales que requieren operaciones más extensas. Shede extirpó toda la serosa parietal y la sustituyó por un colgajo cutáneo o músculo cutáneo, exponiendo su técnica en el congreso de Viena en 1890. Para evitar estos grandes defectos torácicos, se pensó sustituir - estas técnicas de resección o extirpación torácica por verdaderas autoplastias métodos agrupados bajo el nombre de toracoplastias o resecciones modelantes y que comprenden los procedimientos de QUENU, BOIFFIN, JABOULAY y DELAGENIERE.

Las toracotomías o resecciones temporarias fueron intervenciones exploradoras que tenían como objeto obtener claras y seguras nociones anatómicas y diagnósticas y, por consiguiente, la del indicado quirúrgico que conviniese aceptar, tan necesario cuanto que aún no se contaba con la inestimable aportación de la radiología.

DELORME, en 1893, presentó en el congreso de cirugía de París, un método que labraba un colgajo cuadrilátero que deja un gran campo de exploración, de utilidad inmensa para tratar la pleura y el pulmón según correspondía al caso.

Sigue CERVERA señalando que DELORME fue el que propuso - el segundo método para el tratamiento del espacio residual por la técnica de decorticación pulmonar, al comprobar en cadáveres que el pulmón conservaba su integridad y una disposición de la pleura visceral que permitía su separación con relativa facilidad. Sin embargo, los americanos creen, por su parte, que CARL BECK de Nueva York practicó antes que nadie la decorticación.

En 1896 ALEJANDRO SAN MARTIN inició un debate en la Real Academia donde intervinieron MARIANI (5), CUTIERREZ (6), RIBERA (7)(8), PULIDO (9), CALVO (10), MOREJON (11), CORTEJARENA (12) e IGLESIAS (13), y donde encontramos la postura de nuestros cirujanos en el tratamientos de los empiemas.

SAN MARTIN presentó el caso de un niño de doce años por-

tador de un derrame pleurítico y a quién primero operó por punción, extrayendo gran cantidad de líquido purulento y que exigió más tarde una operación de toracoplastia, ejecutando con éxito y en la que había resecado 7 cm de la séptima costilla izquierda, 9 cm de la sexta, 11 cm de la quinta, 8 cm de la cuarta y 7 cm de la tercera. El resultado anatómico fue un defecto romboidal y hundimiento. Dicho autor sostuvo que, en general, son operables los derrames producidos por estafilococos, así como los tuberculosos, sin más condición que evitar las inoculaciones; señaló los fundamentos de la operación de ESTLANDER y se mostró poco partidario de los lavados, inyecciones e irrigaciones de la cavidad pleurítica, por estimar que tales medios pueden ser perjudiciales (14). Se afirmó, en el curso de estos debates, que los empiemas muchas veces se curan sin operación, que en otros es suficiente la punción y que, solo excepcionalmente, debe apelarse a la operación de ESTLANDER o sus similares cuyas estadísticas, según RIBERA, contienen poco de satisfactorio. Citó también algún caso de derrame pleurítico por neumococo que se curó con la punción, y puso de manifiesto los inconvenientes de la abertura empleada en la cavidad torácica.

No faltó en el debate quienes más conservadoramente opinaron que no deben aplaudir las tendencias a exagerar los actos quirúrgicos en el empiema, siendo preferible emplear primero los modificadores farmacológicos e higiénicos, con los cuales decían se curaban muchos derrames serofibrinosos, luego la toracocentesis, después la toracotomía sencilla sin resección de costillas; en caso preciso la resección costal muy limitada y, en último extremo, la toracoplastias, cuando se madure el convencimiento de que todos los demás medios son inútiles, y que se halla en verdadero peligro la vida de los enfermos; recomendando además los lavados de la cavidad pleural con agua hervida y ácido bórico. También se dijo que los procedimientos de toracotomía, en que se hace la resección de costilla, ofrecen serios inconvenientes en la tuberculosis del pulmón o de la pleura, pues tales operaciones, no solo no modifican favorablemente el estado general ni el local, sino que pueden agravarle, precipitando una funesta terminación.

Homenajes de admiración y de entusiasmo fueron tributados al descubrimiento científico del año 1896, los celebrados rayos ROENTGEN, diciéndose que habían dado origen a la fotografía a través de los cuerpos opacos, método de investigación que hacía ya prometer fecundos resultados, pues -

no solo se había demostrado su valor para revelar la existencia de cuerpos extraños en el espesor de los tejidos y las enfermedades de los huesos y cartílagos, sino también para el diagnóstico de los derrames pleuríticos y de otros estados morbosos (15).

La cirugía pulmonar.- El pulmón fue también objeto de arriesgadas intervenciones acometidas por los cirujanos del siglo XIX, principalmente por los del último cuarto del mismo. Con el salvoconducto adquirido por la antisepsia y los estudios bacteriológicos no se respetan ya por la cirugía ni aún los órganos tan importantes como el pulmón.

La cirugía del pulmón se había dirigido contra las cavidades patológicas, los tumores y los traumatismos, muy especialmente las hemorragias y las hernias, consistiendo las diferentes intervenciones en aberturas o pneumotomías, resecciones o neumectomías, inyecciones parenquimatosas, ligaduras y suturas.

Las pneumotomías se remontan a la más remota antigüedad, HIPOCRATES establece ya indicaciones, pero este proceder fue abandonado. Sin embargo, refiere CERVERA que en 1800, RICHTER decía: "...no cabe duda alguna de que los abscesos de pulmón se pueden abrir con valentía, sin peligro y con la esperanza en muchos casos de conseguir una terminación favorable"... Sin embargo, se limita también a la punción, siendo la primera pneumotomía practicada con propósito deliberado, la de BALE en 1805 por un absceso de pulmón. Se relegó también al olvido hasta que las doctrinas bacteriológicas y sus derivados, la antisepsia y la asepsia, vuelven a desenterrarla y a adquirir el desarrollo y valentía que ostentó al terminar el siglo XIX. En efecto, VOSLER, en 1873 incide una caverna del pulmón y después, en 1875, de acuerdo con HUTER intenta, nuevamente, la punción, desagüe y desinfección de las dilataciones bronquiales, sin obtener resultados muy satisfactorios. Es preciso pues, acercarnos al final del mencionado siglo para encontrar precisas indicaciones.

Un problema técnico es planteado entonces ¿es indiferente abrir la pleura haya o no adquirido adherencias? Casi todos los autores estuvieron de acuerdo en que era imprescindible la existencia de éstas, probando muchos procedimientos para buscar la sínfisis pleural.

Sin embargo, nuestro compatriota EULOGIO CERVERA refirió un caso en que no existiendo tales adherencias, se vió sorprendido por el neumotorax rápido al incidir la pleural parietal; pero afortunadamente desaparecieron pronto los fenómenos que acompañan a este accidente, y atraído el pulmón con unas pinzas, pudo fijarlo con una sutura y abrir el absceso con el termo - cauterio. Por ello, dicho autor no concedía a la entrada de aire la importan - cia y gravedad que se le había dado.

La lentitud de los procedimientos, con provocación de -- adherencias previas, se advenía mal con la necesidad de intervenir urgentemente en algunos casos. Así es que muchos cirujanos los abandonan y prefieren el método de las suturas, que permiten terminar la operación en una sola sesión, y así, ROUX sutura las dos hojas alrededor de la región pulmonar lesionada. CERVERA dijo a este respecto:..."y pensar que tanto ingenio, trabajo y tiempo, -- han podido economizarse sin la sugestión de la entrada de aire"... En cuanto a la apertura del pulmón, también ha habido controversias, siendo el mismo partí - dario del "hierro", para las lesiones sépticas, y el bisturí para las asépti - cas.

En lo tocante al punto de abordaje de la pared torácica, y el pulmón, dice CERVERA que dependerá del asiento de la dolencia, describiendo a este respecto una pleuro-neumotomía practicada por él en el año 1893 en -- que tuvo que atacar el vértice del pulmón por vía supra-clavicular, obteniendo una perfecta curación.

La resección del pulmón no llegó a ser una práctica co - rriente entonces, ni lo sería en mucho tiempo. Sin embargo, experimentalmente, estaba demostrada la posibilidad de la resección pulmonar o pneumonectomía, ya parcial, ya de todo el pulmón. GLUCK fue el primero que en 1881 practicó la li - gadura de este importantísimo órgano en perros y conejos. En clínica humana, -- tres fueron las afecciones pulmonares que intentaron tratarse por esta técnica: la tuberculosis, las neoplasias y la hernia pulmonar.

Sigue diciendo CERVERA que además del ya clásico e infaus - to suceso protagonizado por BLOCK, que terminó con el suicidio de éste, otros varios casos, refiere TRUC, operados y que terminaron con la muerte pero TUFFIER

el 2 de julio de 1891 practicó la resección del vértice de un pulmón enfermo - de tuberculosis, logrando la curación. Esta experiencia favorable, más dos casos citados por él, uno de LAWSON y otro de DOYEN, debían inclinar el ánimo a aceptar la pneumectomía para el tratamiento de las tuberculosis locales. A pesar de todo, CERVERA junto con la mayoría de los autores de entonces votan en contra, diciendo que no sería la cirugía la encargada de curar la tuberculosis pulmonar.

Señala CERVERA que TRUC, en su libro Essai sur la Chirurgie du poulmon, en 1895, había manifestado que todas las resecciones practicadas por cánceres fueron por tumores secundarios ya que era casi imposible el diagnóstico de las neoplasias primitivas, y cuando lo eran por auscultación y examen histológico de esputos, estaba tan infiltrado y difuso, que sería, además de inútil, temeraria toda operación. Por todo ello, también CERVERA describió las pneumectomías tanto en las neoplasias primitivas, indidiagnosticables como en las secundarias que, según este autor, la clínica demostraba que se producían sin excepción.

En cuanto a la hernia pulmonar, dijo CERVERA en su discurso que era la tercera lesión accesible a la cirugía. En la hernia traumática con herida previa y con pulmón herniado desgarrado y sangrante, la primera medida era la sutura de la herida pulmonar para cohibir la hemorragia. En un segundo término aplicaban la reducción o resección, según el pulmón conservase o no sus condiciones anatómo-clínicas. La menor sospecha de esfacelo o septicidad contraindicaban la reducción, porque se sabía seguro sobrevendrían graves complicaciones y, muy principalmente, la pleuresía séptica, con todas sus consecuencias. En casos semejantes se optaba por la resección del trozo de pulmón herniado, ligando el pedículo a ras de los espacios intercostales y escindiendo la hernia por encima de la ligadura, pero sin reducir el pedículo, como aconsejaban algunos, porque entonces se exponía a las mismas complicaciones de septicidad pleurítica.

La hernia sin herida podría ser estrangulada o no. En el primer caso se practicaba desbridamiento y reducción o resección según el pulmón estuviese esfacelado o no. Si no existía estrangulación, el caso se consideraba superponible a las hernias abdominales.

Terminaremos con las palabras de CERVERA pronunciadas en 1900 en su discurso para la recepción pública y que reúne algunos pormenores - expuestos ya: ... "Vivimos en los primeros lustros de nuestro siglo en que era de temer la entrada de aire en la pleura, ya por temor a la infección, ya por el pneumotorax que provocaba. En la última década del mismo siglo no se teme - al aire; aceptase la pneumotomía y se practican las necesarias exploraciones - en el camino que ha de conducirnos a la pneumonectomía. No se pueden pedir mayores transformaciones ni cambio más radical, y por tanto, podemos calificar de revolucionaria la evolución de la cirugía pleuro-pulmonar"...

Cirugía traqueobronquial.- Las manipulaciones, más o menos cruentas, sobre el árbol traqueobronquial comienza en la traqueotomía y terminan en las maniobras endoscópicas para la extracción de cuerpos extraños, de ambas, tenemos precoces y abundantes comunicaciones a la Academia que nos - permiten hacer una justa valoración del estado de esta cirugía.

Traqueotomía e intubación traqueal.- La historia de la - traqueotomía, que como ya indicamos, podíamos haberla incluido, con las debidas reservas, en el apartado de la cirugía de las carnes, está intimamente ligada a una enfermedad que causó grandes estragos en España. Tal enfermedad la difte- ria o el garrotillo, es un mal que diezma periodicamente a la infancia (des- crita con el nombre de garrotillo por los médicos españoles y, muy especialmen- te, por VILLAVERDE, SOTO, y MERCADO) (16), pues entonces era mortífera por su naturaleza, ya que todos los medios de la higiene y farmacia no bastaban a ve- ces. Ante aquella faz lívida y desencajada, aquella respiración y aquella de - sesperación fatal, ¿que recurso supremo quedaba en la medicina?; solamente la operación cruenta, la abertura artificial del conducto aereo. Esta abertura de la traquea podría bastar si la furia del mal, por su misma naturaleza, no ha - bía llegado a un grado extraordinario (17).

¿Cual es la ocasión de obrar?, ¿donde conviene detenerse? ¿cuando comienza a ser peligrosa la tardanza?; todas estas interrogantes se ha- cían los prácticos de mediados del siglo pasado. Por ello, la Real Academia no podía permanecer ajena al problema y en su seno comenzó un debate en donde la propia Junta de Gobierno expresó su agradecimiento a los mantenedores.

En efecto, en 1894 la memoria sobre traqueotomía del Dr. Barbosa (18), dió origen a tan interesante debate y donde los señores BENAVENTE, ALONSO, CALVO, SANTERO, CHINCHILLA, SANTUCHO, y ASUERO expusieron sus pareceres. Para BENAVENTE, cuando el individuo ha presentado signos de intoxicación grande, la traqueotomía no da buenos resultados, porque la difteria está en todo el árbol aereo. El mismo BARBOSA dice que cuando da buenos resultados es cuando el crup está localizado y, desde luego, cuando la asfixia llega el profesor está autorizado para hacer la operación. Se llegó al acuerdo de que deben excluirse los niños menores de dos años, pues de esta edad se salvarían más, pero como dijo Benavente, no hay que hacerse muchas ilusiones, pues él probó que de 100 casos se habían muerto 90, y que se habrían salvado mayor número entre aquellos que no se habían operado. Sin embargo, a pesar de todo, el médico no debía renunciar a la práctica de la traqueotomía, sobre todo cuando llegaba -- ese previo embotamiento de la sensibilidad que, por otra parte, facilitaba el procedimiento operatorio, por la anestesia que produce los progresos de la misma asfixia.

ALONSO (19), recuerda que si bien BROTONNEAU fue el primero que empleó la traqueotomía con buen éxito, y que después generalizó TROUSSEAU, no hay que olvidar que pronto nuestro compatriota VIRGILI hizo también -- una traqueotomía, con buen éxito, en Cádiz, y sin embargo en Francia se utilizaba mucho esta técnica y no así en España. Para este autor la causa de ello, estaría en que en nuestro país, no se había formado aún una opinión acerca de la conveniencia de esta operación, y esto a su vez era achacable a no poseer nosotros clínicas especiales de niños, lugares donde se pueda obrar libremente sin ningún género de trabas, donde se estudia y se enseña, sin dar cuentas el profesor más que a Dios y a su conciencia. Para ALONSO no hay duda de su indicación en el crup, ya que esta es una enfermedad asfixiante y la intervención puede sostener la vida del paciente, hasta que la reacción del organismo y el auxilio del arte conducen a la enfermedad a buen término. La mayor parte de -- los crup matarían porque no ha habido tiempo para que la naturaleza y el acto salven al enfermo. Concluye el autor diciendo que es pues necesario aceptar la traqueotomía.

Las técnicas endoscópicas traqueobronquiales que en nuestros días figuran como básicas, en la cirugía torácica, encuentra también sus

orígenes históricos vinculados a la difteria y a la extracción de cuerpos extraños.

El cateterismo laríngeo fue aconsejado por algunos para el tratamiento del crup, así como el entubamiento del canal aéreo, pero como - dijo ALONSO (20), estos métodos fueron considerados, en principio impracticables y que incluso ensayados en los animales ha dado resultados peligrosos.

Sin embargo, respecto a estas técnicas apareció en 1896 una memoria en donde se considera el empleo simultáneo de la intubación y de la seroterapia antidiftérica como la terapéutica idónea que debería emplearse en los casos de crup, ya que los resultados de la intubación serían muy superiores a los de la traqueotomía y las familias aceptaban sin resistencia la intubación y rechazaban la traqueotomía. Finalmente, las complicaciones de ésta son en mayor número y de mayor gravedad que las atribuidas a la intubación, que por añadidura era más fácil de practicar (21).

Cuerpos extraños traqueobronquiales.- En cuanto a las técnicas de extracción de cuerpos extraños traqueobronquiales que contribuirían en el futuro al desarrollo de la endoscopia del árbol respiratorio, es en la primera década del siglo actual donde encontramos interesantes aportaciones, apareciendo la figura de D. ANTONIO GARCIA TAPIA cuya influencia ha sido inestimable en el campo de la endoscopia.

En 1908 el mencionado autor presentó unos trabajos de inestimable valor sobre la importancia de la esofagoscopia y traqueobroncoscopia directa en el tratamiento de los cuerpos extraños del esófago, traquea y bronquios. La Academia por solicitud del Gobierno emitió un informe favorable sobre tales investigaciones (22). Es digno consignar como fue favorecida la nueva técnica de extracción, con el advenimiento de los rayos X, que son muy precozmente aplicados al diagnóstico de los cuerpos extraños, con el inestimable valor que supone situar la topografía previa de los cuerpos extraños antes de plantearse la táctica operatoria. ESPINA CAPO presentó una comunicación en el año 1899 sobre la nueva técnica de diagnósticos radiológico en los cuerpos extraños de vías respiratorias (23).



Es en 1909 cuando encontramos las mayores aportaciones -- sobre el particular con numerosas comunicaciones de casos prácticos e intere -- santes debates, BOTELLA (24) aportó un caso de cuerpo extraño alojado en el -- bronquio izquierdo que fue extraído previa traqueotomía, bajo anestesia local con cocaína, y con la ayuda de un tubo y una pinza, después de varias tentati -- vas infructuosas. ESPINA (25), RIBERA (26), DECRET (27), TAPIA (28), y COMPAI -- RED (29), fueron otros autores que aportaron casuísticas sobre el particular y que sostuvieron la necesidad de señalar las indicaciones de la traqueotomía y de la broncoscopia para la extracción de cuerpos extraños, acordando que no de -- bían de intentarse estas operaciones mientras haya algún riesgo y el organismo no protestase, y que por el contrario, cuando se intervenía oportunamente se -- evitaban los accidentes que solían sobrevenir. Asimismo, la broncoscopia fue -- considerada como inocua por estos autores, salvo en los niños de menos de cua -- tro años, en los cuales era muy difícilmente practicable y donde había que te -- ner preparada la cánula traqueal, por si fuera necesario practicar la traqueo -- tomía (30).

ESPINA (31) refiere otro caso de cuerpo extraño, esta -- vez en el bronquio derecho de un niño que presentó asfixia, y obstrucción de -- dicho conducto y como el Dr. GOYANES lo extrajo en menos de un cuarto de hora con el broncoscopia y una pinza fenestrada. En este caso, el cuerpo extraño -- era un piñón (32). De interés, también digno de mención, son algunos casos más aportados por BOTELLA (33), sobre los cuerpos extraños alojados en los bron -- quios, los de GARCIA TAPIA (34), DECRET (35) y ESPINA (36), en 1912, y la pre -- sentación, también en 1912, de un trabajo, sobre el valor diagnóstico del sínto -- ma tos, en los casos de cuerpos extraños de la tráquea y bronquios, original -- del mencionado BOTELLA. Este autor insiste en el alto valor semiológico de la tos ronca que si persiste es indicio de no haber sido expulsado el cuerpo ex -- traño (37). Sin embargo, TAPIA acepta el valor del síntoma tos, pero no le da la categoría de patognomónico ya que él mismo había observado en dos casos co -- mo no había aparecido la tos ronca, que suele presentarse después de extraído el cuerpo extraño (38).

No podemos dejar de señalar otras, no menos interesantes, indicaciones de la broncoscopia ya introducidas y aplicadas en aquel tiempo. -- COMPAIRED (39), en 1907 practicó una broncoscopia para combatir un padecimien --

to pulmonar, producido por haberse tragado, un niño de 7 años, una cáscara de piña que llegó a determinar un estado consuntivo con tos incesante, respiración muy frecuente y esputos de pus fétido y espeso, es decir, el cuadro de un absceso pulmonar. Habiendo introducido el broncoscopio, y previa cloroformización, comenzó a salir una enorme cantidad de pus fétido y espeso que hizo temer la asfixia. Los Sres. CISNEROS (40), ESPINA (41), SAN MARTIN (42) y RIBERA (43), hicieron interesantes observaciones a este respecto, sobre el absceso de pulmón.

Tumores de tráquea. - GUEDEA (44), logró extirpar un tumor de la tráquea utilizando la broncoscopia y valiéndose de un aprietanudos más largo que los habituales en aquel tiempo, con dos ganchitos, e inventado por él. Con ello, abre otro campo de aplicación en la cirugía traqueal, con la posibilidad de extracción de tumores por vía endobronquial (45)(46).

Cirugía esofágica. - En cuanto a la patología esofágica, las aportaciones más representativas a estudiar en el periodo historiado, son la extracción de cuerpos extraños por esofagoscopia, y las esofagostomías además de algún intento de dilatación incrementada en casos de estenosis.

Esofagotomía. Cuerpos extraños en el esófago. - Es a comienzos del siglo actual, cuando comienzan a surgir numerosas comunicaciones sobre una viscera tan delicada de manipular como es el esófago. En 1903 ESPINA (47) presentó el primer caso de esofagotomía registrado en las Actas de la Real Academia, y es a partir de entonces cuando aparecen muchísimas comunicaciones sobre el particular, destacando las aportaciones de USTARIZ (48), CERVERA (49), CORTEJARENA (50), RIBERA (51), CALVO (52), SAN MARTIN (53), ISLA (54). ESPINA llevó a la Academia el caso de esofagotomía practicada en el Hospital General de Madrid por el Dr. ISLA. Tratábase de una niña de 7 años que se tragó una moneda de cinco céntimos con alteración de la respiración y evidenciada por radiografía y que a los 14 días no hubo más remedio que someterla a la práctica de una esofagotomía con lo que se consiguió el éxito más satisfactorio. Con este motivo se estableció un interesante debate donde se exponían otros casos de cuerpos extraños en el esófago y donde se sostuvo que no debía apelarse a la esofagotomía, sino cuando fuese absolutamente necesario, después de agotados los medios incruentos adecuados, por el evidente peligro de infección y del desarrollo de flemones gangrenosos en el cuello. También se puso de

manifiesto la importancia de la naturaleza y condiciones del cuerpo extraño para saber si se ha de practicar la esofagotomía y que por ejemplo las piezas artificiales de la boca, especialmente las pequeñas y sin paladar, pueden obligar a la práctica de este acto quirúrgico, por la facilidad con que se desprenden y llegan al esófago, produciendo su obstrucción con graves alteraciones de la deglución y respiración (55)(56). CALVO en su discurso pronunciado poco antes de su muerte en la Academia, insistió sobre los mismos pormenores.

Esofagoscopia.- En cuanto a los procedimientos explorados, tal como la esofagoscopia de KILLIAN que fue defendida como muy útil para la extracción de determinados cuerpos extraños, de hecho fueron muy numerosos (57). A este respecto, es indiscutible que la figura de GARCIA TAPIA es la que más destaca en este terreno, no solamente por la aportación de numerosos casos prácticos; sino por la introducción de su propio esofagoscopio. En 1906 ESPINA (58) presentó una comunicación sobre el esofagoscopio del Dr. Tapia, con el cual había practicado este especialista la extracción de una moneda, detenida en el cardias, evitando así la esofagotomía. TAPIA habría de presentar en 1908 el aludido trabajo sobre el valor de la esofagoscopia y traqueobroncoscopia en el tratamiento de los cuerpos extraños del esófago, tráquea y bronquios y que, como también entonces dijimos, fue muy justamente premiado. Otras muchas comunicaciones sobre el particular, fueron presentadas por el mismo autor, destacando el caso en que por vía endoscopia y aplicando el cuchillo caústico hubo de fragmentar una de las abrazaderas, partiendo la pieza dentaria en pedazos, uno central que tragó el enfermo y dos laterales que se extranjeron (59).

Dilataciones en las estenosis esofágicas.- En cuanto al tratamiento de otra patología esofágica, poco podemos reseñar salvo el intento de dilatación e intubación paliativa en las estenosis tumorales esofágica también llevadas a cabo por GARCIA TAPIA quién utilizó tallos de laminaria y el uso de sonda (60).

Hidatidosis torácica.- Para terminar intentaremos exponer los datos recogidos sobre una enfermedad parasitaria, con preferencia de localización torácica y que si bien en el siglo pasado no se valoró su alta frecuencia, por escasez de medios diagnóstico. En cuanto las técnicas radiológicas alcanzaron una adecuada divulgación, el problema del quiste hidatídico -

pulmonar apareció en su justa importancia.

En 1880 IGLESIAS dió cuenta a la Academia de un caso de hidatidosis hepática drenada quirúrgicamente a través de una incisión de 2,5 - cm en el noveno espacio intercostal, extrayendo más de medio litro de pus y -- después líquido claro. La cura consistió en mecha y planchuela de cerato y cataplasma (61). En realidad, IGLESIAS había tratado quirúrgicamente un transito hepático-torácico hidatídico, y esta era una de las particularidades que el autor quiso destacar, pues ni en las obras generales, ni en las especiales de DA VAINÉ y FRERICH, se citaba caso alguno semejante. Para IGLESIAS estos quistes se abrían en la cavidad abdominal o en algún órgano hueco de ésta, o en las paredes del vientre, o bien, perforan el diafragma y se vacían en la cavidad pleurítica derecha o en el pulmón del mismo lado. En cuanto al tratamiento recomienda el yoduro potásico para la hidatidosis, asegurando que este medicamento había obtenido notables resultados.

MARIANI (1896) trató extensamente el problema del quiste hidatídico pulmonar. Para este autor, los quistes de esta localización constituyen una especie morbosa de síntomas tan oscuros y dudosos, casi siempre locales, como disnea y ansiedad, tos, a veces convulsiva, hemoptisis, sonido macizo a la percusión y disminución o falta de murmullo respiratorio; observándose también fenómenos morbosos generales, confundiéndose a veces con la tuberculosis y que solo con la expulsión de materiales característicos, parecidos a pellejitos de uvas, puede aclararse la naturaleza de la enfermedad. Presentó dos casos a la Academia: en el primero de ellos, propuso como tratamiento la punción e inyección de un líquido apropiado; y en el segundo, se llegó a la curación a través de la expulsión por boca de vesículas hidatídicas (62).

La frecuencia para este autor era escasa, y su causalidad se la atribuyó al polvo del excremento de los perros que penetra en el pulmón a través del aire que se respira. Esta baja frecuencia de la hidatidosis en España no era compartida por otros autores, como por ejemplo RIBERA quien reconocía que hasta 1889 había observado escasísimos casos, pero en poco más de 10 años, tenía 65 casos personales de distinta localización (63).

MARIANI, en cuanto al tratamiento, como hemos dicho, era

partidario de la evacuación del quiste y la inyección de 20 centímetros cúbicos de licor de VAN-SWIETEN, muy superior a la tintura de yodo, bilis de buey, sulfato de cobre y naftol (64). Este mismo autor, años más tarde, ya contaba con una casuística de docena y media o dos docenas de observaciones de hidatidosis, pero en varias localizaciones.

Otros casos notables, que se hicieron públicos en la Academia, fueron los de ALEJANDRO SAN MARTIN (65) y GALLARDO (66). El primero dió cuenta de dos casos que había observado en 1891 y en 1892, ambos confundidos con tuberculosis pulmonar obteniéndose en el segundo caso la curación probablemente por vaciamiento completo. Particular interés tiene el caso estudiado por SAN MARTIN, en una enferma con abultamiento de vientre por ascitis y una neumonía que la llevó a la tumba. El estudio necrópsico demostró que se trataba de un quiste hidatídico supradiafragmático del lado derecho que comprimía la vena cava, y era causa de la ascitis.

ESPINA y USTARIZ al mismo tiempo que comunicaban casos notables de quistes hidatídicos de pulmón, hígado y bazo, llamaban la atención sobre su frecuencia, entre los habitantes de ciertas provincias, como Extremadura y parte de la provincia de Ciudad Real. Para ello era preciso la aplicación de los rayos ROENTGEN para llegar a un diagnóstico preciso, base de la terapéutica. En cuanto al tratamiento, si bien se advirtió la necesidad de apelar a los procedimientos quirúrgicos, no estaba definido un criterio uniforme respecto al periodo de la enfermedad en que debía apelarse a ellos. Destacamos de los casos presentados por ESPINA uno hepático abierto en pulmón, y otro que había producido homoptisis abundantes y que llegó a curar por expulsión del quiste. Otro enfermo más diagnosticado de hidatidosis por radioscopia, fue operado por el Dr. CERVERA y a quién practicó una toracotomía con resección de la quinta costilla, extirpando la neoplasia y logrando la curación. Este mismo autor aseguró que podía citar cuatro casos análogos más (67).

Pero lo más importante de la aportación de ESPINA fue establecer las indicaciones y momento oportuno de la intervención. Para él, los quistes deben operarse antes de que se abran en los bronquios o en el aparato digestivo, ya que cuando esto ocurre, las dificultades son mayores por adherencias, y existe destrucción de tejidos. La extirpación será más fácil en el

pulmón que en el hígado, y que todos los tratamientos médicos no hacen nada, - rechazando incluso el yoduro potásico tan recomendado por algunos, perdiéndose lastimosamente el tiempo con dichos tratamientos. Deberá operarse siempre y -- precozmente aunque se tema la hemoptisis, o después de cohibir la hemorragia, si se presentara, ya que la disnea, los abscesos de tos, las hemoptisis y de - más síntomas de los quistes hidatídicos de pulmón, no tienen otro tratamiento que el quirúrgico. La operación podría hacerse precozmente porque el diagnósti- co es fácil en la casi totalidad de los casos, con la utilización de los rayos ROETGEN, aseveración que en aquella época no era aún aceptada por muchos auto- res. Finalmente, ESPINA dejó muy claro que no se trataba de una infección del pulmón, sino de un parásito interno que crecía en él.

MARIANI, por el contrario, sostuvo la dificultad del diag- nóstico y, por tanto, de resolver el problema quirúrgico sin éste, opinión com- partida por USTARIZ que recomendaba en estos casos confiar en la acción medica- triz del organismo. A pesar de este pesimismo en el diagnóstico, el mismo USTA- RIZ presentó un caso muy interesante, ya que se trataba de un voluminoso quiste abdominal, de donde se extrajeron de 15 a 20 litros de líquido, comprobando en el curso de la laparatomía que había una comunicación torácica, lo que obligó a una toracotomía con resección de las costillas sexta y séptima, del lado de- recho (68).

## B I B L I O G R A F I A

- 1 .- CODINA CASTELVI, JOSE: "Aparato de CABEZALI para toracocéntesis". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVI, sesión literaria del 28-IV-1906, página 108. Año 1906.
- 2 .- CERVERA ROYO, EULOGIO: "Evolución de la Cirugía pleuropulmonar en el siglo XIX". Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año 1900 en la Real Academia de Medicina. Madrid. Año 1900.
- 3 .- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Discurso contestación al de Recepción Pública - de D. Eulogio Cervera, sobre la Evolución de la cirugía pleuropulmonar - en el siglo XIX". Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública. Año 1900.
- 4 .- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Presentación de un enfermo con resección de 8 - costillas". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI, sesión literaria del 2-V-1901, página 205. Año 1881.
- 5 .- MARIANI LARRION, JUAN MANUEL: "Observaciones acerca del empiema y de la antisepsia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 8-III-1896, páginas 95, 96, y 97, y sesión literaria del 9-V de 1896, página 175. Año 1896.
- 6 .- GUTIERREZ Y GONZALEZ, EUGENIO: "Discurso acerca del empiema". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo XVI, sesiones literarias del 9-V-1896 página 176, y del 16-V-1896, página 179. Año 1896.
- 7 .- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones acerca del empiema y de la antisepsia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 8-III-1896, páginas 95, 96, y 97. Año 1896.
- 8 .- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso sobre estadística operatoria y empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 2-IV- de 1896, página 158. Año 1896.

- 9 .- PULIDO Y FERNANDEZ, ANGEL: "Discurso referente al empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 2-IV-1896, página 160 y 18-IV-1896, página 161. Año 1896.
- 10.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Discurso sobre el empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 23-IV-1896, página 171 Año 1896.
- 11.- ORTEGA MOREJON, MANUEL: "Discurso sobre el empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesiones literarias del 23-V-1896, página 187 y del 6-VI-1896, página 192. Año 1896.
- 12.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Discurso sobre el empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesiones literarias del 20-VI de 1896, página 197, y del 27-VI-1896, página 199. Año 1896.
- 13.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso sobre empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesión literaria del 27-VI-1896, página 200. Año 1896.
- 14.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación acerca de operaciones de queiloplastia y de empiema". Anales de la Real Academia de Medicina. Sesiones literarias del 29-II-1896, página 91; 8-III-1896, páginas 95, 96 y 97; 5-III-1896, página 100; del 21-III-1896, página 106; del 28-III-1896, página -- 155, y del 27-VI-1896, página 207. Año 1896.
- 15.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1907, pronunciado en la sesión inaugural de 1908". Memorias de la Real Academia de Medicina, - tomo II, año 1881-1890.
- 16.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1896 pronunciado en la sesión inaugural de 1897". Memorias de Secretaría, tomo II. Año 1881-1900.
- 17.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de 1864, pronunciado en la sesión inaugural de 1897". Memorias de Secretaría. Tomo I. Año 1862 a



1880.

- 18.- BENAVENTE GONZALEZ, MARIANO: "Comentarios sobre traqueotomía". Libro de Actas de las Sesiones Literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid, (Manuscrito) Tomo II, sesión literaria del 4-II-1864. Año 1863 a 1865.
  
- 19.- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Comentarios sobre traqueotomía en el garroti-  
llo". Libro de Actas de las Sesiones Literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid, (Manuscrito). Tomo II, sesiones literarias del 3-III-1864, del 17-III-1864, del 31-III-1864. Año 1863-1865.
  
- 20.- ALONSO Y RUBIO, FRANCISCO: "Comentario sobre traqueotomía en el garroti-  
llo". Libro de Actas de las Sesiones Literarias de la Real Academia de Medicina de Madrid, (Manuscrito). Tomo II, sesión literaria del 18-II de 1864, año 1863-1865.
  
- 21.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1896, pronunciado en la sesión inaugural de 1897". Memorias de Secretaría. Tomo II. Año 1881 a 1900.
  
- 22.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1908, pronunciado en la sesión inaugural de 1909". Memorias de la Real Academia de Medicina. - Tomo II. Año 1881 a 1890.
  
- 23.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Introducción de cuerpos extraños en vías respira-  
torias diagnosticado por radiografía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX, sesiones literarias del 15-IV-1899, página 117. Año 1899.
  
- 24.- BOTELLA, ERNESTO: "Pito de caña alojado en bronquio izquierdo y extraído por broncoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 6-II-1909, página 53. Año 1909.
  
- 25.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones sobre pito de caña alojado en el -  
bronquio izquierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX. Sesión literaria del 6-II-1909, páginas 58 a 61. Año 1909.

- 26.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre pito de caña alojado en el bronquio izquierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, se - sesión literaria del 6-II-1909, página 58-61, y del 20-II-1909, páginas 64 a 67. Año 1909.
- 27.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Observaciones sobre pito de caña alojado en el bronquio izquierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 6-II-1909, páginas 58 a 61, y del 20-II-1909, páginas 64 a 67. Año 1909.
- 28.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Observaciones sobre pito de caña alojado en el - bronquio izquierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 20-II-1908.
- 29.- COMPAIRED: "Observaciones sobre pito de caña alojado en el bronquio iz - quierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión lite raria del 20-II-1909, páginas 64 a 67. Año 1909.
- 30.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas 1909 pronunciado en la sesión inaugural de 1910". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo II. Año 1881-1890.
- 31.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones sobre cuerpo extraño en bronquio - derecho". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX. Sesión lite raria del 21-II-1909, páginas 58 a 61. Año 1909.
- 32.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Observaciones sobre cuerpo extraño en bronquio derecho". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX. Sesión lite raria de 27-II-1909, página 67. Año 1909.
- 33.- BOTELLA MARTINEZ, ERNESTO: "Observaciones sobre cuerpos extraños alojados en bronquio izquierdo". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX sesión literaria del 22-V-1909, página 276. Año 1909.
- 34.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Comunicación sobre extirpación de la laringe y so bre cuerpo extraño en bronquio derecho". Anales de la Real Academia de Me -

dicina, tomo XXXII, sesión literaria del 3-II-1912, página 92. Año 1912.

- 35.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Observación sobre cuerpo extraño alojado en bronquio". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 3-II-1912, página 93. Año 1912.
- 36.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observación sobre cuerpo extraño alojado en bronquio". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 3-II-1912, página 93. Año 1912.
- 37.- BOTELLA MARTINEZ, ERNESTO: "Valor diagnóstico del síntoma tos en cuerpos extraños de la tráquea y bronquios". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 4-V-1912, página 282. Año 1912.
- 38.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Observación sobre el valor diagnóstico del síntoma tos en cuerpos extraños de la tráquea y bronquios". Anales de la Real Academia de Medicina, sesión literaria del 4-V-1912, página 282. Año 1912.
- 39.- COMPAIRED: "Un caso de broncoscopia y otro de fibroma laríngeo". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo XXVII, sesiones literarias del 16 - de febrero de 1907, página 83, del 23-II-1907, página 89. Año 1907.
- 40.- CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Observaciones sobre un caso de broncoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesión literaria del 16-II-1907, páginas 84 y 85. Año 1907.
- 41.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones acerca del caso de absceso de pulmón y broncoscopia". Tomo XXVII. Sesiones literarias del 16-III-1907, página 84 y 85, y del 9-III-1907, páginas 104 y 105. Año 1907.
- 42.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones acerca de un caso de absceso de pulmón y broncoscopia". Tomo XXVII, sesión literaria del 9-III-1907, páginas 104 y 105. Año 1907.
- 43.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones acerca de un caso de absceso de pulmón y broncoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, se-

sión literaria del 9-III-1907, páginas 104 y 105. Año 1907.

- 44.- GUEDEA CALVO, LUIS: "Caso de un tumor de tráquea extraído por traqueoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 23-III-1912, página 266. Año 1912.
- 45.- BOTELLA MARTINEZ, ERNESTO: "Observaciones sobre un caso de tumor de tráquea extraído por traqueoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 23-III-1912, páginas 266 y 267. Año 1912.
- 46.- GONZALEZ ALVAREZ, BALDOMERO: "Observaciones sobre un caso de tumor de tráquea extraído por traqueoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXII, sesión literaria del 23-III-1912, página 266 y 267. Año 1912.
- 47.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Comunicación de un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesión literaria del 21-II - de 1903, página 72; 21-II-1903, páginas 76 a 78, y 28-III-1903, páginas 202 y 203. Año 1903.
- 48.- USTARIZ Y ESCRIBANO, JOSE: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesión literaria del 21-II-1903, 7-III-1903, páginas 76 a 78, y 28-III-1903, páginas 202 y 203. Año 1903.
- 49.- CERVERA RUIZ, EULOGIO: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesión literaria del 21 de febrero de 1903 y del 28 de febrero de 1903, páginas 76 a 78. Año 1903.
- 50.- CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesión literaria del 21-II-1903. Año 1903.
- 51.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII. Sesiones literarias del 21-III-1903, del 28-III-1903, páginas 202 y 203, y del 9-V-1903, página 223. Año 1903.

- 52.- CALVO MARTI, JOSE: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII. Sesión literaria del 28-III de 1903, páginas 202 y 203. Año 1903.
- 53.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesiones literarias del 7-III-1903, página 84 y 85, del 14-III-1903, página 95. Año 1903.
- 54.- ISLA Y BOLOMBURU, ENRIQUE: "Sobre un caso de esofagotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII. Sesión literaria del 7-III-1903, - página 84 y 85, del 28-III-1903, página 202 y 203.
- 55.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Pieza dentaria artificial en esófago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 20-III-1909 páginas 93 a 95. Año 1909.
- 56.- BOTELLA MARTINEZ, ERNESTO: "Pieza dentaria artificial en esófago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 20-III-1909, páginas 93 a 95. Año 1909.
- 57.- BOTELLA MARTINEZ ERNESTO: "Cuerpo extraño en el esófago, extraído por esofagoscopia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesión literaria del 29-II-1909, página 260. Año 1909.
- 58.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Presentación del esofagoscopio del Dr. GARCIA TAPIA". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVI, sesión literaria 9-VI-1906, página 282. Año 1906.
- 59.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Esofagoscopia por cuerpo extraño". Anales de la Real Academia de Medicina, sesión literaria del 1-IV-1912, página 230. - Año 1912.
- 60.- GARCIA TAPIA, ANTONIO: "Caso de un enfermo diagnosticado de cáncer de esófago". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 23-IV-1910, página 286. Año 1910.

- 61.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Quiste hidatídico de hígado abierto en noveno espacio intercostal". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo II, sesión literaria del 12-V-1880. Año 1880.
- 62.- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Comunicación sobre quistes de pulmón". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI. Sesión literaria del 15 de marzo de 1896, página 97. Año 1896.
- 63.- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso acerca de quistes hidatídicos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIII, sesiones literarias del 31-I-1903, página 60; del 14-II-1903, página 70; del 21-II-1903; y del 9-V-1903, página 223. Año 1903.
- 64.- MARIANI Y LARRION, JUAN MANUEL: "Observaciones sobre quiste de pulmón". - Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI. Sesión literaria del 15-III-1896, páginas 98 y 99. Año 1896.
- 65.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones sobre quiste hidatídico de pulmón". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI. Sesión literaria del 15-III-1896, página 98 y 99. Año 1896.
- 66.- GALLARDO: "Observaciones sobre quiste hidatídico de pulmón". Anales de la Real Academia de Medicina. Sesión literaria del 15-III-1896, páginas 98 y 99. Año 1896.
- 67.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Discurso sobre quistes hidatídicos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII, sesiones literarias del 21-VI de 1902, página 263, y del 28-VI-1902, páginas 267 y 268. Año 1902.
- 68.- USTARIZ Y ESCRIBANO, JOSE: "Discurso sobre quistes hidatídicos". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXII, sesión literaria del 28-VI de 1902, página 266 a 268. Año 1902.

326

Apartado 3°

LA CIRUGIA CRANEAL

- Resumen histórico de la cirugía craneal en España.
- La cirugía craneal en la Investigación de las funciones cerebrales. Localizaciones cerebrales.
- La craniectomía en la epilepsia, en las enfermedades mentales, sífilis y tuberculosis cerebral.
- La craniectomía en tumores del en céfalo.
- Resección nerviosas intracraneales  
Tratamiento de las neuralgias.
- La trepanación exploradora.



# LA CIRUGIA CRANEAL.-

Resumen histórico de la cirugía craneal en España.- Es la trepanación una de las intervenciones quirúrgicas que más han estudiado los cirujanos españoles, y ha sido España una de las naciones en la que más se ha trepanado, siendo este tema uno de los pocos asuntos en el que los autores extranjeros nos citaban. Los nombres de ALBUCASIS, ALCAZAR y ARCEO se encuentran en todas las historias de tal técnica quirúrgica.

RIBERA SANS nos dejó un magnífico discurso, en el que defiende con entusiasmo la muy importante aportación española sobre el particular, a su juicio, minimizada por los autores extranjeros, e incluso olvidada por los propios españoles. Cita a CHINCHILLA (Historia de la Cirugía Española) quién dijo que ALBUCASIS (+1106-7), de CORDOBA, es el primer cirujano que puede verdaderamente considerarse como el restaurador de la trepanación; fue el primero que dió al trépano la forma de botón circular, para que no pudiera penetrar hasta la dura madre.

En su estudio, RIBERA SANS copió párrafos íntegros, en los que el autor cordobés habla de las indicaciones y contraindicaciones de la intervención en las fracturas de cráneo, su manual operatorio y los instrumentos que usaba, llegando también a la conclusión de que el autor hispano-árabe, fue el que en la Edad Media restauró la abertura y perforación del cráneo como medio de tratamiento de sus traumatismos. Las ideas de ALBUCASIS, en cuanto a indicaciones, se pueden resumir en lo siguiente: intervenir en todos los casos e intervenir antes de la aparición de los accidentes.

Como creemos adecuado hacer un resumen histórico de la cirugía craneal, antes de abordar los acontecimientos de nuestro periodo investigado, nos parece oportuno seguir lo dicho por el propio RIBERA SANS, en el mencionado discurso y en el que representó la voz autorizada de la Academia, en la contestación al de recepción pública de DE MIGUEL Y VIGURI.

De esta forma, observamos que medió largo tiempo entre -

ALBUCASIS y las obras posteriores de autores españoles dignas de ser mencionadas, pues hemos de llegar al siglo XVI para encontrar a ALCAZAR y ARCEO. Igualmente, vemos que esta operación sigue siendo objeto de estudio, para los cirujanos de este siglo, sigue siendo ALCAZAR, nacido en Guadalajara, médico y cirujano de la gran Universidad de Salamanca, el representante de esta época, -- ideando trépanos, para evitar los inconvenientes de los antiguos, y estableciendo bien las indicaciones, siendo en este particular, en lo que se diferencia mucho ALCAZAR de ALBUCASIS: a las amplias indicaciones de éste, ALCAZAR -- formula restricciones, resultando para él dos indicaciones bien claras de trepanar, en las fracturas acompañadas de hemorragia intracraneana, trepanación -- inmediata; y trepanación ulterior, cuando los síntomas indiquen su necesidad. Esta posición expresa claramente la diferencia entre los partidarios de trepanar siempre, y los de hacerlo según lo exijan o no los diversos casos; de esta forma, la trepanación no estaba indicada por el mero hecho de la fractura, como defendieron algunos de los autores por el mismo comentados, sino que la indicaban la posibilidad de accidentes que complican, a veces estas fracturas: hemorragias, compresión o rasgadura por fragmentos, e inflamación de orden supurativo. Esa intervención sería, por tanto, de necesidad y no preventiva. Es menester hacer notar, que también practicaba en la cabeza operaciones con fines distintos, tales como para el tratamiento de la epilepsia.

Sigue RIBERA diciendo que ARCEO, que estudió en Alcalá de Henares, y se había contado que no solo de todas las partes de España, sino de Francia e Inglaterra, acudían los enfermos a LLERENA para someterse a sus preceptos. A pesar de ser gran partidario de la operación de trépano, no quiere que ésta se emplee en las grandes fracturas del cráneo, sino que los huesos se restituyan a su primitiva posición por otros medios. A este respecto narra la siguiente observación, transcrita en el discurso de Ribera: ... "Estándose construyendo la torre de Valverde, que dista diez leguas de Llerena, se desató de la cuerda una piedra de 24 libras de peso, que subían por medio de una máquina. La piedra cayó de plano sobre la cabeza de un operario, el cual dió en el suelo como muerto, y en tal estado permaneció por espacio de tres días. Tenía la cabeza aplastada, y arrojó sangre por los ojos, la boca y las narices. A los ocho días se abrió la cabeza espontáneamente, desde la frente hasta el occipucio. Hice la reposición de los huesos, después de haber dado salida al pus derramado en la cavidad del cráneo. A los tres días de esta operación, em-

pezó a hablar, aunque balbuciente y desconcertadoramente, abrió los ojos, aunque no llegó a ver hasta el día 20. A las veinte semanas, se reunieron los huesos; y a esta época empezó a andar, y a los cuatro meses, estaba tan bien curado que llegó a casarse y vive aún cuando esto escribo"... (1).

Como vemos, la labor de los cirujanos españoles del si - glo XVI es de máxima importancia y fue aceptada no solo por nuestros compatriotas, sino por los extranjeros, también, como lo demuestran las varias ediciones hechas de las obras, principalmente, de ALCAZAR y de ARCEO. La verdad sea dicha, que entonces en las Universidades de Salamanca y Alcalá de Henares se gozaba de fama universal, y en modo alguno podían competir con ellas las extranjeras.

De igual fuente hemos tomado los acontecimientos sucedidos durante los siglos XVII y XVIII, que pasamos a describir, resumidamente. - En el siglo XVII, encontramos los nombres de BARTOLOME HIDALGO de AGUERO y DIONISIO DAZA CHACON y el de otros muchos con experiencia en la materia y cuya resultante fue, respecto al punto concreto de la trepanación, una lucha entre -- los partidarios de ésta y los abstencionistas, siendo el siglo de la discusión entre los partidarios de la llamada vía particular (remedios farmacológicos) y la vía común, es decir, la intervención armada. Esta discusión llevó en los -- tiempos sucesivos la proscripción, casi absoluta, de la trepanación, y absoluta en la primera mitad del siglo XIX, en algunas naciones como Francia e Inglaterra, si bien en España nunca fue proscrita en absoluto. De esta forma, la hacían en la primera mitad del XIX RIBES y ARGUMOSA y en época posterior CREUS, aún antes y después de la era listeriana, FEDERICO RUBIO, ALEJANDRO SAN MARTIN PULIDO, RIBERA, CERVERA, FERNANDEZ SANZ, etc. •

Es indudable que el desuso de esta operación es debido a las controversias del siglo XVII y, principalmente, a AGUERO y sus discípulos. Uno de estos, PEDRO LOPEZ DE LEON, dice RIBERA, expresaba de este modo -- la exagerada difusión del trépano: "...no se tenía por buen cirujano quién no hacía una cruz en la cabeza, aunque fuese en la frente y aunque no hubiese -- fractura"... Este abuso habría de traer las reacciones en sentido contrario -- (2). A pesar de todo, AGUERO, sin mostrarse enemigo acérrimo de la trepanación en los casos de fractura de cráneo, no se mostró muy partidario de ella, pues

prefería la vía particular (remedio farmacológico) a la vía común, o sea, a la intervención armada de instrumentos, limitando en alto grado el campo de ésta. Sin embargo, el mismo aconsejó, en los casos de fractura por hundimiento, la trepanación, operación que denominó ardua y grande, pero considerándola de necesidad por excepción.

El cirujano de más nombre del siglo XVII fue DIONISIO DA ZA CHACON, pudiéndose considerar como la encarnación de la Cirugía Española de este siglo. Por lo que fue encargado del tratamiento de la herida de la cabeza del Príncipe Carlos, hijo de Felipe II, cuya herida supuró mucho y a quién el 9 de Mayo de 1562 hubo de legrarle los huesos del cráneo.

Es prudente en el uso del trépano, pues piensa que en muchos casos no es necesario recurrir a él, sobre todo en aquellos en que no hay hundimiento, criticando a los cirujanos que, por el hecho solo de un golpe en el cráneo, o de una fractura simple, hacen perforación, con idea de que salga el depósito, que ellos creen ha de formarse siempre, como consecuencia del traumatismo. A pesar de todo, tampoco aprueba la conducta de aquellos otros, que en toda ocasión rechazan el trépano.

En el siglo XVIII no solo escasean los nombres ilustres, sino lo que es más doloroso, ya no se citaban apenas a los autores españoles en el extranjero sino, al contrario, nos fuimos extranjerizando. A medida que nuestro nivel descendía, este nivel se elevaba en los países vecinos. Dice DE MIGUEL Y VIGURI en su discurso de recepción pública ante la Academia que, en Francia, la trepanación llegaba a su apogeo y donde la Academia de Cirugía había declarado que bastaba la existencia de una fractura en el cráneo para justificar esta intervención (3).

Prosigue RIBERA en su relato diciendo que a consecuencia de haber ejercido HIDALGO DE AGUERO en Sevilla, se llegaron a proscribir de -- tal modo los instrumentos para la trepanación de la cabeza, que no había en esta capital ni uno solo de estos instrumentos. La Sociedad Médica de Sevilla, -- trajo de París, por primera vez, la caja de trépanos, cuando en el siglo XVI -- era en Guadalajara donde le construían sus trépanos a ALCAZAR.

POTT y BELL, es decir, autores extranjeros, son ya autoridades para los maestros españoles, que al querer contrarrestar las ideas propagadas por AGUERO y sus discípulos, en vez de fundarse en la autoridad de DAZA y de los que combatieron a dichos autores, y recordar a ALCAZAR, acuden a París para que les hagan los instrumentos que antes se hacían en España, y beben en fuentes extranjeras, lo que hubieran podido leer en obras españolas.

Aceptándose esta tutela, se acostumbraron la mayoría de los médicos españoles a pensar como los de fuera, adquiriéndose el convencimiento de que eran incapaces de pensar, no debiéndonos extrañar, por tanto, que -- los extranjeros no se hubieran ocupado en el siglo XIX, ni incluso después, de si se hacía o no algo en tierra española.

RIBERA señaló en 1898 que si bien se puede aseverar que existen un gran número de cirujanos españoles, conocedores a la perfección de cuanto en la cirugía se ha hecho en Francia, Inglaterra, Italia, etc., apenas saben de España más, sino que ha habido unos cirujanos que se han llamado ARGUMOSA, SANCHEZ TOCA, CREUS, y poco más.

En el siglo XIX, y hasta los descubrimientos de LISTER, la mayoría de los cirujanos rechazaban la trepanación, y los que no lo hacían, solo admitían indicaciones muy restringidas. ARGUMOSA, no obstante, cree censurable, el desuso en que había caído la trepanación, tan censurable como practicarla por tan livianos motivos como se hacía en la antigüedad. Queremos llamar la atención que este autor, además de fijar las indicaciones del trépano en la traumatología craneal, admitió dos indicaciones más: las exóstosis internas, y los tumores fibrosos de la duramadre.

Lo que destaca en ARGUMOSA es que, a pesar de que otros autores se ocuparan de dicho acto operatorio, como por ejemplo RIBES, en las lecciones en el Colegio de San Carlos, y aún practicara una extensísima resección de parte de los huesos frontal, parietal y temporal, o que CREUS estudiara el tema, incluso en sus orígenes prehistóricos (4), y que ejecutara con éxito en Granada la extracción de un proyectil del frontal en 1872, lo cierto es que solo en ARGUMOSA se encuentra mucho de personal, de tal manera que el concepto de Craniectomía Exploradora a él pertenece.

Ya en la última década del siglo XIX, la trepanación estaba admitida en todas sus formas y España siguió con interés cuanto a este -- asunto se refería, pensando y publicando acerca del mismo.

En 1890 FEDERICO RUBIO Y GALI presentaba a la Academia, un caso muy documentado y aleccionador sobre la trepanación practicada en 1889; PULIDO en 1893 comunicaba un caso de tumor cerebeloso; ARPAL y SLOECKER son -- premiados por las memorias respecto a la cirugía cráneo-cerebral en 1895 (5); RIBERA comunicó, asimismo, casos prácticos de craniectomía en 1898; y en el -- mismo año, DE MIGUEL Y VIGURI, con motivo de su discurso de recepción pública, presenta una memoria, con gran éxito, sobre la indicación de la trepanación en los traumatismos del cráneo.

La cirugía craneal en la investigación de las -- funciones cerebrales. Las localizaciones cerebrales.- Si nos detenemos en los casos de craniectomías presentados por RUBIO, encontraremos facetas importantes a destacar, pues son casos prácticos que tienen a esclarecer la -- doctrina de las localizaciones cerebrales, además de constituir un intento de sustitución de parte del cráneo por fragmentos óseos de vaca.

Con motivo de la asistencia a un enfermo portador de una fractura directa del frontal con hundimiento, sin que dicho paciente presentara alteración en la sensibilidad ni en la motilidad, hizo la observación de -- que enormes traumatismos en esta región craneana jamás han producido fenómenos paralíticos. El mismo autor, es conocedor de la experimentación fisiológica de FERRER quien con el cáuterio destruye las dos primeras circunvalaciones frontales en los monos, que tampoco habían producido ningún trastorno esencialmente motor y quedaban capaces de expresar sus sensaciones auditivas, permaneciendo indemnes las facultades sensoriales, visión, audición, ...Sin embargo, sí se -- alteraba el carácter de los animales. Estos hechos experimentales fueron apreciados por RUBIO en su enfermo, que se había hecho moroso, apático, indiferente a cuanto le rodeaba y con expresión estúpida y otras muchas alteraciones de la esfera psíquica descrita minuciosamente por él. Ante tales casos, lo importante era pues, hacer desaparecer la compresión en la región, que de continuar obrando, habría de provocar una lesión cerebral destructiva y, por tanto, irreparable, que sumiría al enfermo en un lamentable estado mental. En cambio, de-

sapareciendo la compresión todo podría volver al régimen normal y lograr una - restitución integral del cerebro y, por lo tanto, de las funciones intelectuales. Aceptados estos principios, D. FEDERICO RUBIO practicó la trepanación del cráneo en la región lesionada, con la más rigurosa antisépsia.

Es interesante la manera de tratar el defecto creado por la craniectomía, para lo cual basado en los trabajos del Dr. SEEN de Chicago, empleo injertos de huesos de vaca descalcificados, colocando trozos de estos - entrecruzados y, a modo de andamiaje, relleno el espacio circular del cráneo - que había trepanado, siendo ésta la primera vez que se ha practicado con éxito en el hombre tales injertos (esto fue dicho a los 18 días de la operación ) -- (6).

De este caso también ALEJANDRO SAN MARTIN destacó, como era posible que la cirugía pudiera establecer relaciones con la psicología, in cluso en casos en que la fisiología no había dado soluciones aún(7).

DE MIGUEL Y VIGURI en 1898 ratificó la opinión más generalizada del momento, no dudando en la aceptación de la cirugía craneal, que - para este autor, y merced a ella, los cirujanos habíanpodido curar lesiones re putadas, en otro tiempo, como incurables, pues dicha operación había vencido - todos los obstáculos y objeciones que se la oponían, fundándose por una parte en la inocuidad de los métodos listerianos y, por otra, en el profundo estudio de las localizaciones cerebrales, que se ampliaba en sus dominios, de día en - día, e iba a constituir la verdadera base de la cirugía cerebral que, apenas - iniciada, empezaba ya a dar frutos, y que con más experiencia, contribuiría a combatir un grupo de afecciones terribles de las que afligen a la mísera humanidad.

.Indicaciones de la craniectomía en los traumatismos cráneo-encefálicos.- DE MIGUEL, que rechazó la trepanación preventiva, en su discurso para la recepción pública, nos deja bien sentadas las indicaciones de esta técnica, haciendo al mismo tiempo un estudio fisiopatológico y de puesta a punto, de las teorías más en boga, sobre la conmoción, contusión y com presión cerebral.

Para este autor, la trepanación estaría indicada en:

Las fracturas del cráneo complicadas con herida de las partes blandas y, sobre todo, en las fracturas múltiples, para colocar a la herida en las condiciones más favorables posibles y poderla desinfectar a fondo.

Las cisuras complicadas con herida, cuando las circunstancias del caso hagan verosímil la penetración de sustancias sépticas.

Las fracturas aisladas de la lámina interna, con depresión de esquirlas, que se manifiesten por síntomas cerebrales marcados.

Las grandes extravasaciones sanguíneas, especialmente, las que proceden de la arteria meníngea media, que ocasionan síntomas marcados de compresión, y cuyo asiento puede determinarse con cierta seguridad.

Las colecciones purulentas situadas entre el hueso y la dura madre.

Los abscesos del cerebro.

Los casos de cuerpos extraños, accesibles a nuestros medios de investigación.

Ciertos casos de epilepsia traumática.

Los de irritación cerebral sostenida por el roce de una esquirla.

Los casos de meningo-encefalitis circunscrito, terminada por supuración.

Las parálisis consecutivas al traumatismo, antes que sobrevengan las degeneraciones secundarias.

Las neuralgias traumáticas, cuando no dan resultado los



demás medios y, por último, en las psicosis de origen evidentemente traumático.

Se haya contraindicada en:

Las fracturas del cráneo subcutáneas y sin depresión de los fragmentos.

Los derrames de sangre intraventriculares.

Los casos de cuerpos extraños perdidos en la sustancia cerebral y cuyo asiento no pueda determinarse.

Los casos de meningo-encefalitis difusa.

Las alteraciones funcionales de los nervios de los sentidos. (8).

Analizando los hechos resulta que para dicho autor estas indicaciones se pueden reducir en realidad a dos: la limitación del espacio en el interior del cráneo, esto es, la compresión del cerebro; y la penetración en él de sustancias sépticas, es decir, la infección. Siempre que en un traumatismo del cráneo encontremos cualquiera de estas dos circunstancias estará perfectamente justificada la trepanación, que por añadidura es una intervención considerada por DE MIGUEL, como casi inofensiva, pues la mortalidad según las estadísticas de su tiempo, arrojaba una mortalidad apenas del 10 por 100.

La craniectomía en la epilepsia, en las enfermedades mentales, sífilis y tuberculosis cerebral.- Es evidente que lo dicho hasta aquí, se ha referido casi exclusivamente a la terapéutica quirúrgica de los traumatismos cráneo-encefálicos, pero no es menos cierto, que si queremos tener una más amplia visión de la cirugía craneal, hemos de procurar mostrar las posibilidades operatorias en otros procesos morbosos.

La craniectomía, también, fue practicada en las épocas más remotas de nuestras civilizaciones, en procesos no traumáticos del cerebro, tales como en la epilepsia y enfermedades mentales. Sin embargo, como las bases

que sustentaban su indicación eran la mayor parte de las veces mítico-religiosas, carentes en absoluto de base fisiopatológica, no se llegó nunca a establecer un cuerpo de doctrina.

Sin embargo, ya en nuestra época, con un descenso notable de la mortalidad operatoria, al aplicar las técnicas antisépticas, y con inestimables aportaciones, tales como la experimentación animal, los datos obtenidos en el curso de las craniectomías practicadas, las bases histológicas de los nervios y el cerebro en un explosivo desarrollo, gracias en gran parte, a la inestimable aportación de nuestro compatriota y Premio Nobel, D. SANTIAGO RAMON Y CAJAL (9) y, finalmente, unos conocimientos fisiopatológicos más precisos sobre las localizaciones cerebrales, hizo posible el intento de aplicación de la craniectomía en otras muchas enfermedades. De esta forma se practican -- craniectomías en la microcefalia, en la epilepsia general y jacksoniana, en la tuberculosis cerebral, en los gomas sifilíticas, sinóstosis, tumores, cirugía del dolor..., e incluso, en parangón con la laparatomía exploradora, surge la craniectomía exploradora de fines diagnósticos, que ya había introducido ARGUMOSA.

En 1894 PULIDO (11), RIBERA (12), SAN MARTIN (10), discuten en la Real Academia, la indicación de craniectomía en un niño portador de microcefalia, intentando corregir el idiotismo atribuido a la estrechez de la caja ósea del encéfalo. Sin embargo, sobre tan arduo problema, se alegaron las razones que abonaban una tentativa justificada por algún hecho precedente, y las que movían a considerarla peligrosa y de éxito más que dudoso (13). A pesar de ello, en 1898 RIBERA da a conocer el caso de un niño de 15 años portador de microcefalia y epilepsia, y a quién practicó la hemicraniectomía temporal izquierda con fines descompresivos, obteniendo gran mejoría (14).

En 1895 FEDERICO RUBIO fijó las indicaciones de trepanar en los sifilíticos, solamente en dos ocasiones: cuando eran portadores de gomas cerebrales y en las exóstosis sifilíticas. El mismo autor reconoce que en su larga práctica, no le fue indispensable llegar al acto operatorio, ni en los casos más graves, pues para él, la mejor cirugía para estos procesos es el mercurio, oportuna y suficientemente empleado (15)(16).

En 1896, CALVO MARTIN en el curso de una discusión sobre la estadística del Dr. RIBERA, trató de la trepanación en los casos de sín<sup>o</sup>st<sup>o</sup>sis craneal, habiendo sido contestado por el propio RIBERA, quién sostuvo que las craniectomías exploradoras habían sido de efectos fatales, y en las meningitis tuberculosas un funesto error (17)(18). Esta postura tan radicalmente negativa, había de ser modificada por el mismo autor posteriormente.

En cuanto a la cirugía de la epilepsia jacksoniana, hay numerosos casos de craniectomías publicados con gran éxito, no siendo así en otro tipo de epilepsia, que como dice RIBERA, hay que admitirla con mucha reserva. Hemos de mencionar los operados, por el mismo autor, de esta enfermedad y a quién practicó una craniectomía temporal, según procedimiento de DOYEN obteniendo la total curación (19), así como los dos casos de HERNANDEZ BRIZ (20). Según lo expuesto y la aceptación de la teoría jacksoniana, decidieron el tratamiento de esta forma de epilepsia por trepanación (21), de tal manera que -- unos años más tarde, nuestros cirujanos contaban ya con suficiente experiencia como para presentar numerosos y brillantes casos. Así SAN MARTIN, RIBERA, GOMEZ OCAÑA, ALONSO SANUDO, y ESPINA expusieron numerosas observaciones de epilepsia traumática, y se ratificaron en que los abscesos epileptiformes de esta enfermedad, son distintos de los de la epilepsia médica, y que por tanto su -- problemática terapéutica es distinta en esta última enfermedad (22)(23).

En la tuberculosis de esta localización también fue empleada con éxito, esta intervención y el mismo RIBERA presentó dos casos de esta dolencia. Uno era portador de un absceso en la región parietal izquierda, -- de origen tuberculoso, obteniendo su curación; el otro enfermo, era portador -- de un trayecto fistuloso por encima de la inserción del pabellón de la oreja -- izquierda, consecutivo a un absceso frío y según la clínica hacía sospechar compresión cerebral (24). Se completa el interés por las lesiones tuberculosas -- desde el punto de vista quirúrgico con la publicación de FERNANDEZ SANZ sobre el tuberculoma cerebral, concretamente localizado en un pedúnculo cerebral (25)

#### La craniectomía en los tumores del encéfalo.

En cuanto a las neoplasias del encéfalo, existen también casos brillantes, entre los cuales destacamos el de PULIDO, quién en 1893 comunicó un caso de tumor de localización cerebelosa, operado con éxito (26), pero de las más importantes

aportaciones en el tema de las neoplasias cerebrales, las encontramos en las comunicaciones de FERNANDEZ SANZ (27). Este autor presentó en 1908 un niño de 12 años acogido en el Hospital de la Princesa que ofrecía la marcha asinérgica y astenia cerebelosa y cuyo diagnóstico más probable era el de neoplasia cerebelosa. Dos meses después volvió a mostrar a la Academia el mismo enfermo, operado dos veces en el hemisferio izquierdo cerebeloso por el Dr. BERRUECO, consiguiéndose que andara y corriera y que desaparecieran las crisis sensoriales de que anteriormente se hallaba afecto (28).

Resecciones nerviosas intracraneales. Tratamiento de las neuralgias.—Otras técnicas neuroquirúrgicas preconizadas en la época, fueron las resecciones o secciones de los nervios, en su porción endocraneal y de cuyas intervenciones nuestros cirujanos nos dejaron amplia documentación. SAN MARTIN, RIBERA y CERVERA, no solo se limitan a la ejecución y exposición de notales casos prácticos, de resecciones de los nervios neumogástrico y trigemino, sino que aportan consideraciones de interés sobre su fisiología y patología (29). Recomiendan estos autores la disociación nerviosa, como preferible a su sección o resección, en las neuralgias, y son conocedores de las ventajas e inconvenientes de los procedimientos de KRAUSE y DOYEN para la resección del ganglio de GASSER y de la porción intracraneal del trigemino (30)(31)(32)(33).

Para RAMON Y CAJAL cuando el objetivo del cirujano consiste en suprimir un nervio sensitivo, hay que acudir resueltamente a la ablación del ganglio correspondiente o centro trófico, única maniobra capaz de descartar, con absoluta certidumbre, todo conato de retoñamiento nervioso y de reconstrucción de las terminaciones sensitivas; pero cuando sea imposible la ablación del ganglio, se impondrá la simple sección, la resección de un cabo periférico y la injertación múltiple de algunos pedazos nerviosos, en parages ajenos a la distribución ordinaria del cordón sensitivo. Queremos hacer notar que precisamente en esta época, el problema de la regeneración nerviosa era discutido ardorosamente en todas las escuelas.

SAN MARTIN propuso y realizó neurectomías comprendiendo el problema de la regeneración, y para evitarla realizó en un mismo enfermo, en el lado derecho una neurectomía con la extirpación del maxilar superior y

en el lado izquierdo, tapó el agujero redondo mayor, para oponerse al contacto de las ramas periféricas con las centrales, relleno con lámina de oro dicho agujero y parte del cráneo correspondiente (35). Por las mismas razones RIBERA juzgó necesario en las neuralgias del trigemino hacer la extirpación de sus ramas, más tarde de la del frontal y la sección del ganglio de GASSER.

Otros autores intentaron el tratamiento de las neuralgias por medios menos cruentos, y así FERNANDEZ SANZ habla del tratamiento de las -- neuralgias del trigemino tratadas con inyecciones de alcohol. Este autor en el año 1909 expone dos observaciones propias, en las que aplicó el método, logrando remisiones de un año, y señaló que la indicación fundamental, es en los ca -- sos de neuralgias rebeldes a otros tratamientos más suaves, y que aún cuando -- otros autores empleaban el alcohol mezclado con gotas de cloroformo y con peque ñas cantidades de cocaína o de estovaina, él prefería el primero solo y de 90°, ya que a su juicio la reacción es más moderada (36). Un año más tarde expuso, -- con motivo de la presentación de 6 casos prácticos tratados con éxito satisfactorio, las indicaciones terapéuticas, aceptando dicha técnica solo en las neu -- ralgias idiopáticas y siempre antes de apelar a las intervenciones quirúrgicas.

ESPINA, DECRET, ISLA y ORTEGA MOREJON (D. LUIS), opinaron sobre el tema manifestando que las intervenciones quirúrgicas, dan en muchos ca -- sos resultados satisfactorios, cuando las neuralgias se presentan después de -- las operaciones mutilantes como la coxo-femoral; que en un caso de neuralgia de seis años de fecha, la inyección de alcohol fue seguida de un dolor tan violentísimo que llegó casi al síncope; que el alcohol en las neuralgias del trigemino no es de acción eficaz ni seguro; que la técnica nada tiene de fácil; que es muy grave el efecto del alcohol al producir la degeneración de los nervios; que en las neuralgias o son neuritis o emanaciones de la lesión central, o pseudo-neuralgias; que todo tratamiento del dolor está ligado a la morfina y que al -- extirpar el ganglio de GASSER puede sufrir el cirujano fracasos, como la hemorragia del seno cavernoso o alguna lesión cerebral, o dejar intacta la lesión nerviosa (38)(39)(40)(41)(42)(43)(44).

La trepanación exploradora.- Para terminar, hemos -- de exponer en que límites conceptuales y de indicación quedaba la trepanación exploradora, al final de nuestro periodo investigado. Para RIBERA, teniendo en

cuenta la aceptación que se daba a la laparatomía exploradora, cree se deberá emplear para fundamentar un diagnóstico, y no con objeto de rectificar una -- equivocación. Por tanto es aceptada para él en determinados casos (45). En -- sentido opuesto se muestra FERNANDEZ SANZ, quién la acepta solamente en relación con el tratamiento y no como diagnóstico y describiendo tres tipos de -- craniectomías: la descompresiva, la previa y la exploradora, a pesar de lo -- cual, como excepción a lo dicho, cree no debe abandonarse en la epilepsia jack soniana de causa traumática, y en todo caso, la prefiere a la punción cerebral que para él no había logrado acreditarse en la práctica (46).

## B I B L I O G R A F I A

- 1 .- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso contestación al de recepción pública de DE - MIGUEL Y VIGURI, sobre trepanación en los traumatismos del cráneo". Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública. Madrid. Año 1898, página 86.
- 2 .- RIBERA SANS, JOSE: "Discurso contestación al de recepción pública de DE - MIGUEL Y VIGURI sobre trepanación en los traumatismos del cráneo". Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la recepción pública. Madrid Año 1898, página 89.
- 3 .- DE MIGUEL Y VIGURI, ISIDORO: "Trepanación de los traumatismos del cráneo". Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública. Madrid. Año 1898, página 14
- 4 .- CREUS Y MANSO, JUAN: "Algunas consideraciones acerca de la trepanación - histórica". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo III. Sesión literaria del 2-IV-1881, página 108, año 1881.
- 5 .- SLOKER DE LA PALA: "Intervención quirúrgica en los traumatismos del cráneo". (Memoria premiada en el Concurso de 1895). Anales de la Real Academia de Medicina, tomo VIII, páginas 283 y 289. Año 1898.
- 6 .- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Comunicación e Historia Clínica acerca de un caso de trepanación". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo X, sesión literaria del 1-III-1890, página 82 y 83. Año 1890.
- 7 .- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones al caso de trepanación presentado - por Federico Rubio". Anales de la Real Academia de Medicina, tomo XI, sesión literaria del 1-III-1890, páginas 89 y 90. Año 1890.
- 8 .- DE MIGUEL Y VIGURI, ISIDORO: "Trepanación en los traumatismos del cráneo". Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública. Madrid año 1898, página 61.

- 9 .- RAMON Y CAJAL, SANTIAGO: "Nuevas investigaciones acerca del Sistema nervioso central del hombre y los vertebrados". Memorias premiadas 1896 (Premio Rubio). Madrid Año 1896.
- 10.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Comunicación sobre un caso de microcefalia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIV. Sesión literaria del 10-II de 1894, páginas 81, 82, 83 y 84. Año 1894.
- 11.- PULIDO FERNANDEZ, ANGEL: "Observaciones sobre la comunicación de Alejandro San Martín sobre microcefalia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIV, sesión literaria del 10-XI-1894, páginas 81, 82, 83, y 84. Año 1894.
- 12.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones acerca de la microcefalia". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIV. Sesión literaria del 10-XI-1894, páginas 81, 82, 83, y 84. Año 1894.
- 13.- NIETO SERRANO, MATIAS: "Discurso resumen tareas de la Real Academia de Medicina del año 1894". Memorias de Secretaría. Tomo II. Año 1881-1900.
- 14.- RIBERA SANS, JOSE: "Comunicación de casos de craneotomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesiones literarias del 14-V-1898, página 109; y del 24-V-1898, página 266. Año 1898.
- 15.- HERNANDEZ ESPINOSA, BENITO: "Algunos detalles del tratamiento de las afecciones sifilíticas del sistema nervioso". Discursos leídos en la Real Academia para la recepción pública. Madrid Año 1895.
- 16.- RUBIO Y GALI, FEDERICO: "Contestación al discurso de recepción pública -- del Dr. HERNANDEZ ESPINOSA sobre algunos detalles del tratamiento de las afecciones sifilíticas del sistema nervioso". Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública. Madrid. Año 1895.
- 17.- CALVO Y MARTIN, JOSE: "Observaciones sobre la estadística operatoria del Dr. RIBERA". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI, sesiones literarias del 1-II-1896, página 69; del 8-II-1896, página 73; y del 15-II-1896, página 77. Año 1896.



- 18.- RIBERA SANS, JOSE: "Continuación del discurso sobre estadística operatoria". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVI. Sesión literaria del 22-XI-1896, página 90. Año 1896.
- 19.- RIBERA SANS, JOSE: "Comunicación de casos de craniectomías". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 14-V-1898, página 209; y del 24-V-1898, página 226. Año 1898.
- 20.- HERNANDEZ BRIZ, BALTASAR: "Comunicación referente a los casos de epilepsia Jacksoniana". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesión literaria del 26-III-1898, página 156. Año 1898.
- 21.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Memoria resumen de las tareas de la Real Academia de Medicina de 1895". Memorias de Secretaría. Tomo II. Año 1881-1900.
- 22.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Epilepsia traumática". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII. Sesión literaria del 1-VI-1907, página 289. Año 1907.
- 23.- RIBERA SANS, JOSE: "Epilepsia traumática". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII, sesión literaria del 8-VI-1907, página 309. Año 1907.
- 24.- RIBERA SANS, JOSE: "Comunicación de casos de craniectomía". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XVIII, sesiones literarias del 14-V-1898 página 109; y del 24-V-1898, página 226. Año 1898.
- 25.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Comunicación sobre un caso de tuberculoma cerebral y operación en un niño de neoplasia cerebelosa". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVIII, sesión literaria del 20-IV-1908, página 360. Año 1908.
- 26.- PULIDO Y FERNANDEZ, ANGEL: "Comunicación de un caso de tumor cerebeloso". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo 13. Sesión literaria 22-XI-1893, página 79. Año 1893.
- 27.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Neoplasia endocraneal". Anales de la Real Aca-

demia de Medicina. Tomo XXVIII. Sesión literaria del 21-III-1908, página 232. Año 1908.

- 28.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Comunicación de un caso de tuberculoma cerebral y operación de un niño de neoplasia de cerebelo". Anales de la Real Academia de Medicina. Sesión literaria 20-VI-1908, página 360. Año 1908.
- 29.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen de las tareas de la Real Academia de Medicina en 1901". Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo - XVI. Años 1901-1902.
- 30.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Resección del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XX. Sesión literaria del 21-IV-1900, página 207. Año 1900.
- 31.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Resección intracraneal del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Sesión literaria del 9-III-1901, página 91. Año 1901.
- 32.- CERVERA RUIZ, EULOGIO: "Comunicación acerca de la resección del neumogástrico y trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Sesiones literarias del 23-III-1901, página 104; del 30-III-1901, página -- 184; y del 4-V-1901. Año 1901.
- 33.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Observaciones acerca de la resección del neumogástrico y trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXI. Sesión literaria del 4-V-1901, página 204. Año 1901.
- 34.- RAMON Y CAJAL, SANTIAGO: "Mecanismo de la regeneración de los nervios". - Discurso leído en la solemne inauguración del año 1907. Madrid. Año 1907.
- 35.- SAN MARTIN, ALEJANDRO: "Neurectomía del trigemino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXVII. Sesión literaria del 15-VI-1907, página 311 Año 1907.
- 36.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Tratamiento de las neuralgias del trigemino". -

Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesiones literarias del 13-III-1909, página 83; del 20-III-1909, página 105; y del 27-III-1909, página 227. Año 1909.

- 37.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Nuevas Observaciones de neuralgias del trigemino tratadas con inyecciones de alcohol". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXX, sesión literaria del 9-IV-1910, página 280. Año 1910.
- 38.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones al tratamiento de las neuralgias del -- trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, sesiones literarias del 20-III-1909, página 106 y del 3-IV-1909, página 226. Año 1909.
- 39.- ESPINA Y CAPO, ANTONIO: "Observaciones acerca del tratamiento de las neuralgias del trigemino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX sesión literaria del 27-III-1909, página 217. Año 1909.
- 40.- DECRET Y RUIZ, JOAQUIN: "Observaciones acerca del tratamiento de las neuralgias del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX sesión literaria del 27-III-1909, páginas 217 a 220. Año 1909.
- 41.- CODINA CASTELLVI, JOSE: "Observaciones acerca del tratamiento de las neuralgias del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX sesión literaria del 27-III-1909, páginas 217 a 220. Año 1909.
- 42.- DE ISLA Y BOLUMBURU, ENRIQUE: "Observaciones acerca del tratamiento de las neuralgias del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo - XXIX, sesión literaria del 27-III-1909, página 217-220. Año 1909.
- 43.- ORTEGA MOREJON, LUIS: "Observaciones acerca del tratamiento de las neuralgias del trigémino". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXIX, - sesión literaria del 3-IV-1909, página 227. Año 1909.
- 44.- IGLESIAS Y DIAZ, MANUEL: "Discurso resumen tareas de 1909 de la Real Academia de Medicina. Memorias de la Real Academia de Medicina. Tomo XX. Año 1909-1910.

- 45.- RIBERA SANS, JOSE: "Observaciones sobre algunas indicaciones de la trepanación". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI. Sesión literaria del 29-IV-1911, página 284. Año 1911.
- 46.- FERNANDEZ SANZ, ENRIQUE: "Algunas indicaciones de la trepanación exploradora". Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XXXI, sesión literaria del 29-IV-1911, página 283. Año 1911.

348

C A P I T U L O - I V

MATERIAL BIBLIOGRAFICO

### MATERIAL BIBLIOGRAFICO.-

Ya en el capítulo I de la primera parte, titulado SEMBLANZA HISTORICA DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, se mencionan sucintamente, el material hallado y manejado. Asimismo, al final de cada capítulo de esta tesis, existe una relación detallada de cada una de las referencias bibliográficas utilizadas en ese preciso capítulo y cuyo número total de dichas referencias, han resultado ser de 578.

En este capítulo recopilaremos la totalidad de las fuentes empleadas, y que han sido:

#### A.- LIBRO DE ACTAS DE LAS SESIONES LITERARIAS

Tomo I - Año 1861-1863 - Manuscrito  
 Tomo II - Año 1863-1865 - Manuscrito  
 Tomo III - Año 1865-1867 - Manuscrito  
 Tomo IV - Año 1867-1870 - Manuscrito  
 Tomo V - Año 1870-1873 - Manuscrito  
 Tomo VI - Año 1873-1879 - Manuscrito

#### B.- MEMORIAS DE SECRETARIA DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

En estos tomos están recogidos todos los discursos de las tareas de la Real Academia de Medicina, y que fueron pronunciados por los Secretarios Perpétuos D. MATIAS NIETO SERRANO y su sucesor D. JOSE IGLESIAS DIAZ.

A partir de 1900, ya no aparecerá ningún nuevo tomo - de esta serie, por lo que los discursos resúmenes los habremos de encontrar, desde esta fecha, en las Memorias de la Real Academia de Medicina, ya que las de Secretaría se suspendieron en dicha fecha.

Tomo I - Año 1862 - 1880  
 Tomo II - Año 1880 - 1900

## C.- MEMORIAS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Tomo I	- Año 1797
Tomo II	- Año 1853-1865
Tomo III	- Año 1866-1874
	Primera parte: año 1870
	Segunda parte: año 1875
Tomo IV	- Año 1877
Tomo V	- Año 1878-1879
Tomo VI	- Año 1880
Tomo VII	- Año 1880-1884
Tomo VIII	- Año 1884-1885
Tomo IX	- Año 1886-1888
Tomo X	- Año 1889-1891
Tomo XI	- Año 1892-1894
Tomo XII	- Año 1894-1895
Tomo XIII	- Año 1896-1897
Tomo XIV	- Año 1897-1898
Tomo XV	- Año 1889-1900
Tomo XVI	- Año 1901-1902
Tomo XVII	- Año 1903-1904
Tomo XIX	- Año 1905-1906
Tomo XX	- Año 1907-1908
Tomo XXI	- Año 1911-1913

## D.- ANALES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Tal vez, el material más interesante de la Academia lo suministren los Anales, ya que entre otras cosas recogen la totalidad de las sesiones literarias celebradas cada año que, a su vez, trataban de los temas de más interés y actualidad de la época, al mismo tiempo que gracias a ellos podemos recoger las diferentes opiniones de nuestros académicos.

Tomo I	- Año 1879
--------	------------



Tomo II	- Año 1880
Tomo III	- Año 1881
Tomo IV	- Año 1882
Tomo V	- Año 1883-1884
Tomo VI	- Año 1885-1886
Tomo VII	- Año 1887
Tomo VIII	- Año 1888
Tomo IX	- Año 1889
Tomo X	- Año 1890
Tomo XI	- Año 1891
Tomo XII	- Año 1892
Tomo XIII	- Año 1893
Tomo XIV	- Año 1894
Tomo XV	- Año 1895
Tomo XVI	- Año 1896
Tomo XVII	- Año 1897
Tomo XVIII	- Año 1898
Tomo XIX	- Año 1899
Tomo XX	- Año 1900
Tomo XXI	- Año 1901
Tomo XXII	- Año 1902
Tomo XXIII	- Año 1903
Tomo XXIV	- Año 1904
Tomo XXV	- Año 1905
Tomo XXVI	- Año 1906
Tomo XXVII	- Año 1907
Tomo XXVIII	- Año 1908
Tomo XXIX	- Año 1909
Tomo XXX	- Año 1910
Tomo XXXI	- Año 1911
Tomo XXXII	- Año 1912

E.- DISCURSOS PARA LA RECEPCION PUBLICA

CERVERA ROYO, RAFAEL: "Consideraciones acerca de las especialidades". Contestación de D. Francisco Alonso

Rubio. Año 1863.

CERVERA RUIZ, EULOGIO: "Evolución de la cirugía pleuropulmonar en el siglo XIX". Contestación de D. Federico Rubio y Galf. Año 1900.

CISNEROS SEVILLANO, JUAN: "Valor e indicaciones del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la laringe". Contestación de D. Antonio Espina y Capó. - Año 1906.

COLMEIRO PENIDO, MIGUEL: "Sobre la influencia que las ciencias naturales tienen en la medicina". Contestación de D. Sandalio de Pereda Martínez. Año 1872.

CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Del buen éxito de las operaciones quirúrgicas". Contestación de D. Eusebio Castelo Serra. Año 1880.

COSPEDAL TOME, ANTONIO MARIA: "Consideraciones acerca de la salpingitis quística supurada". Contestación de D. Eugenio Gutierrez. Año 1905.

CREUS Y MANSO, JUAN: "La superficie de las cavidades cerradas desde los puntos de vista, anatómico, fisiológico, patológico y quirúrgico". Contestación de D. José Calvo Martín. Año 1882.

FERNANDEZ CHACON, ANTONIO: "Hemorragias del alumbramiento". Contestación de D. Julian Calleja Sanchez. Año 1908.

GARCIA CAMISON, LAUREANO: "La anatomía en la cirugía de urgencias". Contestación de D. Francisco Cortejarena y Aldebo. Año 1906.

GUEDEA CALVO, LUIS: "Como debe de entenderse, actual mente, la llamada cirugía conservadora". Contestación de D. Julian Calleja Sánchez. Año 1908.

GUTIERREZ GONZALEZ, EUGENIO: "Límites de cirugía radical en ginecología". Contestación de D. Angel Pulido Fernandez. Año 1894.

ISLA BOLUMBURU, ENRIQUE: "Textura y fisiología del peritoneo". Contestación de D. Julian Calleja Sánchez Año 1908.

JIMENEZ GARCIA, RAMON: "El método anatómico en la ope ración quirúrgica". Contestación de D. Julián Calleja Sánchez. Año 1904.

MARIANI LARRION, JUAN MANUEL: "La indicación terapéutica en el estado actual de los conocimientos médicos" Contestación de D. Francisco Cortejarena y Aldebo. - Año 1892.

MIGUEL DE VIGURI, ISIDORO: "Indicaciones en los trau matismos del cráneo". Contestación de D. José Ribera Sans. Año 1898.

MORENO POZO, ADOLFO: "Constitución de la cirugía desde sus orígenes". Contestación de D. Francisco Cortejarena y Aldebo. Año 1894.

PULIDO FERNANDEZ, ANGEL: "Evolución histórica de la pa tología". Contestación de D. Matias Nieto Serrano. Año 1894.

QUINTANA, JOAQUIN: "La causa próxima de las enfermedades tal como es generalmente concebida, no pasa de ser una modificación, inspirada por el estudio de la natu-

raleza inorgánica y que no resiste el estudio de la naturaleza viviente". Contestación de D. Matias Nieto Serrano. Año 1864.

RAMON Y CAJAL, SANTIAGO: "Mecanismo de la regeneración nerviosa". Contestación de D. Federico Olóriz. Año 1907.

RECASEN Y GIROL, SEBASTIAN: "Tuberculosis genital en la mujer". Contestación de D. José Ribera Sans. Año 1906.

RIBERA SANS, JOSE: "Reflexiones acerca de la laparatomía fundadas en algunos hechos clínicos". Contestación de D. Manuel Mariani Larrion. Año 1894.

RODRIGUEZ OYA BENAVIDES, JOSE: "Sobre las operaciones quirúrgicas en las enfermedades diatésicas". - Contestación de D. Eusebio Castelo Serra. Año 1871.

RODRIGUEZ VIFORCO, ALFREDO: "Patogenia y tratamiento e los abscesos e infiltración de orina". Contestación de D. José Ribera Sans. Año

RUBIO Y GALI, FEDERIDO: "Como deben prevenirse las hemorragias en los actos quirúrgicos". Contestación de D. Eugenio Olavides. Año 1874.

SAN MARTIN Y SATUSTEGUI, ALEJANDRO: "Valor curativo de la naturaleza en las enfermedades". Contestación de D. Matias Nieto Serrano. Año 1888.

USTARIZ ESCRIBANO, JOSE: "La transfusión de sangre". Contestación de D. Carlos Maria Cortezo. Año 1901.

## F.- DISCURSOS INAUGURALES

CORTEJARENA Y ALDEBO, FRANCISCO: "Crítica del pensamiento médico moderno ante la práctica. Año 1895.

DIAZ BENITO, JOSE: "Algo de lo que se debe a los españoles en el progreso de las ciencias médicas". Año 1889.

ESPINA CAPO, ANTONIO: "De la influencia del genio latino en el carácter actual de la medicina, reflejado, principalmente, en el diagnóstico y en la terapéutica". Año 1912.

MARTINEZ MOLINA, RAFAEL: "Sobre la anatomía, sus progresos y aplicaciones". Año 1867.

QUINTANA, JOAQUIN: "Que debe entenderse por enfermedad". Año 1878.

RIBERA SANS, JOSE: "Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica". Año 1907.

RIOZ PEDRAJA, MANUEL: "Naturaleza y acción sobre nuestro organismo de los miasmas, contagio y demás principios infectivos". Año 1881.

RODRIGUEZ BENAVIDES, JOSE: "Breve reseña de los progresos de la cirugía desde su origen hasta nuestros días". Año 1887.

SAN MARTIN Y SATRUSTEGUI, ALEJANDRO: "Cirugía del aparato circulatorio". Año 1902.

SANTUCHO JOSE MARIA: "Historia filosófica de la medicina". Año 1866.

358

C A P I T U L O - V

CONCLUSIONES



Una vez terminado nuestro trabajo, expondremos seguidamente, las siguientes conclusiones:

1 .- Que en efecto, es la Real Academia Nacional de Medicina una de las instituciones de más solvencia y garantía para investigar, no solo los acontecimientos médicos, sino también los puramente quirúrgicos de -- nuestro periodo, y que es precisamente a partir de 1862, en que comienzan las -- publicaciones periódicamente de sus memorias, cuando la certidumbre de los hechos históricos tienen una mayor garantía.

2 .- Que el contexto sociopolítico del periodo historiado, abierto con Isabel II y cerrado con Alfonso XIII, no es de lo más propicio, salvo algún periodo de calma, para equipararnos al saber europeo. El país vive frecuentemente situaciones de enorme turbulencia, pero a pesar de lo dicho se experimentaron grandes progresos y un mayor intercambio con el resto de Europa aún cuando no existía en la nación el puro y apacible ambiente de paz y bonanza que necesitan para su vida próspera y lozana, las ciencias y las artes.

3 .- Que las numerosas y confusas teorías reinantes sobre la enfermedad y los sistemas filosóficos utilizados para explicarlas influyen, tal vez, negativamente en un más rápido desarrollo de la práctica quirúrgica. De todas estas teorías filosóficas es la de la filosofía viviente y la de la espontaneidad de la misteriosa fuerza vital, hasta cierto punto no controlable por el cirujano, la que más arraigo alcanzó en la Academia, perdurando incluso hasta los últimos años de nuestro periodo historiado. En esta teoría, la enfermedad es interpretada como un modo de la espontánea evolución de la vida real, orgánica, sensible e intelectual del individuo en oposición con la idea de la vida. Sin embargo, también es justo decir que simultáneamente, -- surgieron académicos que, de cuando en vez, no se dejaron arrastrar por las -- tan arraigadas corrientes filosóficas, e incluso, promovieron reacciones energéticas tales como lo hicieron CERVERA, SAN MARTIN, RIBERA, ESPINA Y CAPO.

4 .- Que según destacados académicos, el desarrollo de -- la cirugía solamente fue posible cuando se la consideró parte integrante de -- las ciencias naturales, aceptando el camino del análisis experimental de los --

hechos.

5 .- Que el movimiento científico de la época ofrece a los estudios médicos y quirúrgicos los métodos y procedimientos que las demás ciencias naturales empleaban para hacer progresar sus conocimientos, hecho que beneficia especialmente a la cirugía, pues la observación sola, no es medio su ficiente para elaborar leyes correspondientes que la rijan.

6 .- Que la cirugía, por su carácter de arte, no se en - contró tan de continuo bajo el dominio de volubles teorías, por lo que se vió beneficiada al prescindir de discusiones, hipótesis y sistemas.

7 .- Que terminadas las guerras napoleónicas, con repercusión en toda Europa, donde primero iba a notarse su influjo fue en la marcha de las ciencias, y entre todas éstas, ninguna como la cirugía se hallaban en - condiciones más ventajosas para rápidamente avanzar, ya que a los hospitales y a los centros quirúrgicos es donde son llevados la síntesis o los casos que los cirujanos militares van recogiendo durante las campañas. De esta forma, y bajo esta plataforma, la puesta en marcha del método experimental, la anestesia, la asépsia y la antisépsia lograrían el impulso final para la iniciación de la cirugía moderna.

8 .- Que si bien es cierto que no existen aportaciones - españolas de tipo de revolución universal en la ciencia quirúrgica, pues ningu no de los grandes progresos de la cirugía del siglo XIX, causa de su radical - transformación que le convirtieron en ciencia, nacieron en España, no es me - nos cierto, que nuestra nación nunca rechazó el progreso ni tampoco había re - chazado cuanto de útil y bueno se había hecho fuera, existiendo muy meritorias aportaciones de un buen número de cirujanos prácticos y muy hábiles, que inclu so ejecutan las técnicas mejor que sus creadores, al igual que perfeccionan és tas con alto espíritu creativo. En pocas palabras, aceptaron las verdades sancionadas por la ciencia viniesen de donde vinieran, sin dejar de apoyarse en - la sencillez terapéutica y con una posición cautelar ante las innovaciones que en algunos casos podrían ser peligrosas, pues creyeron que para aceptarlas necesitaban mucho estudio, muchas pruebas y gran fuerza de criterio.

9 .- Que para no perdernos en el relato de los numerosos hallazgos, hemos adoptado una sistemática, siguiendo al Sr. MARQUES DEL BUSTO, quién clasificó los procedimientos terapéuticos cruentos en tres grupos a sa - ber: cirugía de las carnes, cirugía de los huesos y cirugía de las cavidades, y que significaban tres periodos diversos de su evolución. Estos tres grupos - son revisados, pero hemos creído conveniente no pasar por alto, y estudiar pre viamente, acontecimientos tales como las heridas, la introducción de la aneste sia, los sueros, las transfusiones, la asépsia, la antisépsia y los conceptos generales sobre tumores malignos.

10.- Que en la terapéutica de las heridas tiene un papel bien ganado la cirugía española, desde la iniciativa árabe que la convirtió de puramente empírica primero, a empírica experimental después, y luego racional, a pesar de los errores con que contaba aún. Posteriormente, en el siglo XIX, - la cirugía conservadora siguió predominando a pesar de que SAN GERMAN y ARGUMOSA aceptaron una terapéutica más activa y que pasado la mitad del siglo, es de cir, en nuestro periodo, se modificara en los hospitales militares y en los -- campos de batalla, mereciendo destacar a este respecto la experiencia en la -- campaña de guerra de Africa donde se estudiaron las ventajas e inconvenientes de los desbridamientos, de las irrigaciones de agua fría, de las amputaciones primitivas y secundarias y otros puntos importantes de la terapéutica de las - heridas y, principalmente, de las ocasionadas por arma de fuego, tales como la oportunidad de la esquirlectomía solamente cuando están estas totalmente des - prendidas y de la ligadura de las heridas vasculares.

11.- Que durante 1871 a 1872 se rechazó el concepto de - que el traumatismo es una mera lesión mecánica o química extraña a las funcio - nes vivientes sino por el contrario se acepta que estas juegan un papel muy im portante. Durante este mismo periodo de tiempo se estudiaron las complicacio - nes locales y generales de las heridas, la gangrena de hospital, la fiebre, la supuracón, la puohemia y la septicemia, la lesión local y la reacción general. También durante este periodo qued<sup>a</sup> muy claro en la Academia que a los cinuja - nos españoles les correspondía la gloria de haber sido de los primeros en acon sejar muchos de los recursos que entonces se reconocían como más eficaces en - el tratamiento de las heridas, la cirugía conservadora y los métodos de las cu ras tardías que son, como se repitió en estos debates, "tumbas de gloria que es-

tamos obligados a conservar".

12.- Que en cuanto al tratamiento de las heridas procedentes de las operaciones, fue CORTEJARENA quien criticó los muchos métodos de curación complicados y los substituyó por otro muy sencillo que consistía en tapar tan herméticamente las heridas, que no pudieran pasar por ellas los peque-ños seres que pululan en el aire. Sustituyó los apósitos por papel de seda, todo lo cual contribuyó a instaurar una terapéutica cada vez más sencilla de las heridas operatorias. Este modo de proceder, y sus bases fisiopatológicas, creemos importantes hacerlo destacar, teniendo en cuenta que en aquel año de 1881, en que presentó dicho autor su método a la Academia, aún no se hallaban las nuevas teorías aceptadas unánimemente ni establecidas sus bases de forma indis-cutible, pero tuvieron la suficiente influencia para que años más tarde se ha-blará nuevamente de dos métodos, al parecer contradictorios: el de las curas - al aire libre y el de la oclusión de las heridas con tradición en los prácti-cos españoles y ya favorecidos por la desinfección.

13.- Que la teoría parasitaria fue recibida en España, e incluso dentro del seno de la misma Academia, con cierto escepticismo, en prin-cipio, pues las teorías vitalistas, muy arraigadas, habían llegado a su fin si se aceptaban estas nuevas corrientes; las teorías más aceptadas para explicar la acción de los parásitos fueron la mecánica y la fisiología defendida por --PASTEUR".

14.- Que aceptados aún parcialmente los principios para-sitarios, la cirugía española puede vanagloriarse de haber sacado ventajas os-tensibles, tales como la antisépsia y la asépsia, a pesar de que ambas tampoco fueron aceptadas sin más y sin ser sometidas previamente a depuración en la --misma Academia. También, es digno señalar que nuestros cirujanos se dieron --cuenta de la trascendencia del momento, puesta de manifiesto por JULIAN CALLE-JA, quien en su discurso inaugural de 1891 reconoció la conmoción y las conse-cuencias tan trascendentales producidas por las teorías microbianas, con las -cuales ya habían inmortalizado sus nombres KOCH, LISTER y nuestro compatriota FERRAN. Este ambiente propiciaría el establecimiento de instalaciones antisép-ticas que aunque ya existían algunas en España, era necesaria su divulgación,

que voces tan autorizadas como la de RIBERA proclamaron ya como indiscutible, la asépsia, si bien, pensaba asimismo que la perfecta, no podría alcanzarse, y al considerar al sublimado y al calor como los mejores antisépticos, declárase partidario de los procedimientos mixtos de asepsia y antiseptia.

15.- Que las técnicas anestésicas fueron importadas muy precozmente por los cirujanos españoles, lo cual no quiere decir que durante -- años no se entablaron enconados debates en el seno de la Academia, sobre su -- utilidad, peligros, diversidad técnica e indicaciones.

16.- Que BASILIO SAN MARTIN Y OLAECHEA, ya en 1848, in - trodujo la anestesia general en España e incluso obtiene un premio de una corporación científica, por un trabajo que tendía a propagar y facilitar el uso - de la anestesia quirúrgica de la cual se mostró, desde luego, partidario entusiasta.

17.- Que los orígenes del parto bajo anestesia fueron en España, también, de iniciación precoz pues comprobaron nuestro cirujanos que - extinguía la sensibilidad, sin oponerse a la acción contráctil del útero, y - que, por añadidura, se oponía a ciertos espasmos incómodos y peligrosos.

18.- Que es digna de mención la aportación hecha por --- CREUS sobre el temido síncope clorofórmico, dando normas para su diagnóstico y proponiendo principios de auténtica reanimación, tales como la respiración artificial, golpes sobre la región precordial y aplicaciones de corriente eléc - trica.

19.- Que a FEDERICO RUBIO debemos la introducción de la anestesia etérea en España, que posteriormente iría desplazando al cloroformo, y a MURUA el fluoroformo, aunque este método anestésico no llegaría a divulgar se.

20.- Que a partir de la última década del siglo XIX se - multiplican las publicaciones sobre una forma de anestesia que, sin abolir la conciencia, quitase el dolor y evitara las graves complicaciones de la aneste-

sia general, y que numerosos académicos como SANTERO, CORTEJARENA, SAN MARTIN, RISTOL, GUEDEA, y COMPAIRED defienden la nueva técnica de anestesia local con cocaína ante la Academia, proclamándose el último de los autores citados el in troductor en España del cloruro de adrenalina local, como más potente vasocon- trictor que la cocaína.

21.- Que la terapéutica fluidoterápica, muy rudimentaria, tuvo sus primeros balbuceos en aquella época en la cual se aportaron hechos y sentaron bases fisiopatológicas, aunque muchas de ellas fuesen erróneas.

22.- Que si rudimentarios eran los conocimientos sobre - sueros, también lo eran asimismo, las escasas aportaciones que hemos encontra- do sobre las transfusiones, a pesar de lo cual, ya en 1879 encontramos no sola- mente la presentación ante la Academia de cinco casos de transfusiones sangui- neas, sino la aceptación por los académicos de las indicaciones de aplicación. El retraso en la aceptación y divulgación de estas técnicas fue explicado en - 1889 por el académico D. JOSE DIAZ BENITO Y ANGULO en su discurso inaugural.

23.- Que entre los defensores más destacados de las trans- fusiones figuran USTARIZ Y CORTEZO, a pesar de que este último interpretaba la acción beneficiosa de las mismas, únicamente, por los líquidos del plasma, ya que para él, el resto de los elementos constitutivos de la sangre pasarían a ser un esfacelo circulante.

24.- Que si en el momento actual nadie duda de que la pa- tología tumoral abarca un extenso capítulo de la cirugía, de gran importancia ya en nuestro periodo historiado, hay costancia de la inquietud que existe en la propia Academia por el estudio de estos procesos, como lo demuestra el he- cho que durante 1876 se abriera en el seno de la corporación un debate que ha- bía de durar dos años.

25.- Que una de las conclusiones más importantes sacadas de estos debates fue el destacar la no esencialidad de tales alteraciones pato- lógicas, las probabilidades de reproducción y la oportunidad de la intervención quirúrgica. Asimismo, otros académicos hacen aportaciones de interés, aún cuan-

do muchas erróneas, sobre su clínica, histología y etiología.

26.- Que la mayor parte de los estudios sobre los tumores malignos se hicieron sobre los externos, lo cual era una manera incompleta de abordar el problema por lo que algunos autores como CARDENAL, fijándose exclusivamente en esos tumores, consideran al epiteloma como una entidad nosológica distinta del cáncer y cuya noción en aquella época era de reciente adquisición.

27.- Que tanto TOCA primero, como más tarde CREUS y RIBERA, defienden como preferente terapéutica del cáncer la quirúrgica, pues ambos sostuvieron que el cáncer se cura mediante cirugía. Para estos autores el cáncer es una enfermedad local, e incluso llega a decir el último autor que si -- hay reproducción, ésta atañe al individuo que opera, pero no a la ciencia y -- que él había obtenido hasta 1905 cincuenta y dos curaciones.

28.- Que la linfadenectomía sistemática en el tratamiento del cáncer, aún sin ganglios palpables, fue una técnica defendida ya entonces por CREUS quién la mantiene ante la Academia, con cuyo hecho se adelantó -- muchos años a lo que muchos más tarde constituirían la corriente de la cirugía radical del cáncer.

29.- Que hemos quedado gratamente sorprendidos por la -- gran variedad de técnicas quirúrgicas practicadas, en este periodo, aplicadas a los procesos morbosos de las distintas regiones, e incluso, órganos, y mucho más sorprendidos al comprobar que nuestros cirujanos pueden reivindicar la paternidad de muchas de estas técnicas o, por lo menos, en otras ocasiones aportaban modificaciones técnicas tan sustanciales que lograban su perfección.

30.- Que en el grupo de intervenciones que hemos encuadrado bajo la denominación de cirugía de las carnes, como en su día lo hiciera el MARQUES DEL BUSTO, destacan tres figuras, tales como D. DIEGO DE ARGUMOSA, TOCA y CREUS, que para nosotros serían los representantes más idóneos de este grupo de intervenciones.

31.- Que cirugía tan delicada y especializada como la oftalmológica, era practicada ya por nuestros cirujanos entre los cuales han de destacarse las intervenciones llevadas a cabo en las cataratas y en el glaucoma, por CERVERA y CALVO.

32.- Que las queiloplastias por cánceres o labio leporino fueron practicadas con gran habilidad, habiendo de destacar las autoplastias de OLIVARES y GUARNESIO, las de ARGUMOSA, CREUS y CALVO, por su originalidad. También fueron bien conocidas y practicadas por los mismos autores, las técnicas de estafilorrafia, uranoplastias y rinoplastia.

33.- Que en cuanto a la extirpación de la parótida hay - que destacar las técnicas originales de ARGUMOSA, que ya había publicado en -- 1856 y la variante original de CREUS, de extirpación de la misma glándula, sin ligadura previa de la carótida.

34.- Que a pesar de ser considerada por nuestros cirujanos la glosectomía como una operación grave y engorrosa, era practicada desde hacía años por ARGUMOSA y CREUS quienes establecieron doctrinas sobre la excisión parcial y la extirpación total, y que son asimismo dignos de mención los casos presentados ante la Academia por RIBERA Y SAN MARTIN.

35.- Que la extirpación total de la laringe fue calificada por MATIAS NIETO SERRANO en 1878 como operación muy atrevida, al referirse a la memoria presentada por un académico que la había sometido al juicio de la Corporación, pero que nada más comenzar el siglo XX nos encontramos con tres - figuras como la de CISNEROS, BOTELLA y GARCIA TAPIA, que contribuyeron decididamente al desarrollo de la laringectomía que si en un principio fue efectuada en dos tiempos, más tarde, sería ejecutada por el segundo autor, en uno solo.

36.- Que las mayores aportaciones sobre cirugía del tiroides son las de RIBERA, que había presentado en 1907 seis extirpaciones totales por bocios exoftálmicos, y las intervenciones en los debates que estos casos promovieron, de ESPINA, GOMEZ OCAÑA y ALONSO SANUDO, sobre la enfermedad de BASEDOW y GRAVES. Que, nuevamente, en 1910 hay otra comunicación sobre el -



particular de FERNANDEZ SANZ, interviniendo análogamente RIBERA, GUEDEA, DECREF CODINA, ESPINA y GARCIA TAPIA, quienes expusieron que según la experiencia adquirida en 14 casos operados, con dos desgraciados, las intervenciones quirúrgicas deberían reservarse para los enfermos graves y no siendo conveniente las ligaduras, al mismo tiempo que aconsejan también la anestesia local para practicar la tiroidectomía.

37.- Que no encontramos en las actividades de la Academia, en esta época, tantas aportaciones como había de esperarse sobre la cirugía de la mama, toda vez que esta glándula es fácilmente accesible a la cirugía y, sin embargo, hay constancia de que se llevaba a cabo en un grado incluso superior a otros países europeos. Que entre estos hallazgos merece la pena destacarse la aportación de CREUS, quién sentó en 1882 los criterios básicos - seguido por la mayor parte de los cirujanos de finales del siglo XIX y principios del XX, y la de CORTEJARENA en el Congreso Médico Internacional de Roma.

38.- Que a pesar de que la cirugía vascular estaba reducida prácticamente a las ligaduras vasculares, el tratamiento de las varices y el muy rudimentario de los aneurismas, no por ello deberemos ocultar las aportaciones de nuestros compatriotas, tales como CALVO, que ya en 1844 había practicado la ligadura de la iliaca externa; la de FEDERICO RUBIO, quién en 1874 puso en práctica la técnica de introducción de cuerpos extraños en el saco aneurismático, solamente un año más tarde de que LEWIS, de Filadelfia, la hubiese ideado, o la aportación del mismo autor presentando casos de tratamiento de aneurismas de carótida primitiva por compresión digital. También, son muy dignos de mención los casos de dilataciones aneurismáticas de CALVO y CREUS tratados por ligadura o compresión con pesas graduadas y los presentados ante la Academia por RIBERA SANS.

39.- Que el trabajo experimental más importante sobre la cirugía vascular fue aportado por ALEJANDRO SAN MARTIN bajo el título de "Cirugía del Aparato Circulatorio".

40.- Que las técnicas urológicas, según consta en la Academia, eran muy variadas, tales como la circuncisión por fimosis, las uretrotomías,

mías externas e internas, las autoplastias por hipospadia, las operaciones de hidrocele, la castración, la amputación del pene, las distintas modalidades de talla, la nefrostomía, e incluso, la nefrectomía.

La talla, la litotricia y la litoplaxia, dieron origen a largos adelantos y en lo tocante a la primera intervención también fue muy discutido el tema de las ventajas y los inconvenientes de sus variantes técnicas más importantes a saber: la talla perineal y la hipogástrica. En cuanto a la primera modalidad, RIBERA SANS en 1895 la defendería, siguiendo la técnica original de CREUS, hecho que le valió duras críticas por parte de GALLARDO, quién había manifestado como le extrañaba que RIBERA siguiese siendo partidario de una técnica que estaba tan abandonada en los países adelantados en cirugía.

En el campo urológico no podemos dejar de señalar la figura de ALFREDO RODRIGUEZ VIFORCO, quién a pesar de tener una vida efímera, -- llegó a adquirir una gran fama, no solo en nuestro país sino en las clínicas -- extranjeras.

41.- Que la cirugía del hidrocele tuvo aportaciones originales por parte de ARGUMOSA, quién obtenía la curación por introducción de bordones en la túnica vaginal, y por parte de EUSEBIO MORALES que obtenía el mismo resultado simplemente por punciones múltiples.

42.- Que las extirpaciones del riñón, aunque realizadas en nuestra patria, eran menos frecuentemente llevadas a efecto que en otros -- países como muy bien señalaría FEDERICO RUBIO en la Real Academia.

43.- Que en cuanto a la cirugía obstétrica y ginecológica, hay que señalar que los legrados, las colpotomías, los raspados de cuello y cauterización uterina por epiteloma, el cateterismo en la matriz, refrescamiento y sutura de fístulas vesico-vaginales, tratamiento del prolapso uterino la histerectomía vaginal; maniobras obstétrica como la versión, el parto forzado y la aplicación de forceps, embriotomías, etc., venían practicándose en España mucho antes de la época listeriana; pero que lo verdaderamente trascendental fue la vinculación de esta cirugía con el desarrollo alcanzado por la ciru

gía abdominal, pues las ovariectomías fueron, en principio, y como causa accidental, las que promovieron las divulgaciones de las técnicas laparotómicas.

44.- Que las técnicas tocoginecológicas eran efectuadas por los cirujanos generales, pero muy pronto, dentro de estos, fueron conocidos los que tenían un conocimiento especial sobre la materia, tales como CORTE JARENA, GUTIERREZ, RECASEN y COSPEDAL.

45.- Que así como la quelotomía en las hernias estranguladas fue pronto aceptada, el tratamiento quirúrgico de las hernias en general fue tardío y no se aceptó como operación corriente hasta tanto no se demostró que las operaciones en el peritoneo no solo eran posibles, sino casi siempre inocentes. Sin embargo, SAN MARTIN, creyó firmemente que estas operaciones constituyen un tributo a la cirugía de disección de efecto tan brillante como satisfactorio, por lo común.

46.- Que es solamente después de ser la cirugía ciencia, y luego que se confirmaron los efectos de la asépsia y la antisépsia, cuando los cirujanos pudieron practicar con seguridad toda clase de intervenciones en los huesos y tratar directamente las afecciones del interior de las articulaciones, pero sin embargo, una vez iniciada esta cirugía, su desarrollo sería mucho más rápido que el de la cirugía general. Son dignas de mención las defensas y las normas que nuestros compatriotas TOCA, CREUS, RUBIO, y RIBERA establecieron respecto a las resecciones óseas y articulares, expresión de una cirugía salvadora de miembros.

47.- En cuanto a la cirugía funcional osteoarticular, la mayor parte de los mencionados autores y el mismo SAN MARTIN la practicaron -- con resultados brillantes, presentando ante la Real Academia operaciones osteoclásicas y osteotomías con este fin.

48.- Que las resecciones de los maxilares eran practicadas desde antiguo por nuestros compatriotas, destacando TOCA con modificaciones técnicas originales y SAN MARTIN con un procedimiento especial que prescindía de las incisiones malares haciendo una solamente, en medio de la cara.

49.- Que a pesar del matiz conservador que caracterizó - siempre a la cirugía española, no dejaron de practicarse operaciones mutilan - tes, e incluso, grandes amputaciones y desarticulaciones, cuyas técnicas no so lo dominaban sino que introdujeron algunas nuevas, siendo de destacar las apor taciones de CALVO, RUBIO, CREUS y RIBERA. El método original de éste último pa ra la desarticulación coxofemoral, que además permitía resección más o menos - extensa de la pelvis, obtenía la isquemia colocando un tubo de cantchuc en for ma de espica, gozó de gran popularidad.

50.- Que la cirugía más representativa de esta época, por comenzar y desarrollarse en ella, fue la cirugía de las cavidades, pues si es cierto que en tiempos remotos habían sido ya abordadas las tres grandes cavi da des (abdominal, torácica y craneal), también es verdad que el alto precio paga go, en forma de gravísimas complicaciones, había hecho que cayera en desuso. Solamente después que se afianzase en España la anestesia y, muy especialmente la asepsia y la antisepsia, fue cuando comenzaron a proliferar estas interven ciones.

51.- Que como ya hemos dicho, los primeros pasos en la - cirugía abdominal, que presuponían una laparatomía, se debieron al logro de ob jetivos ginecológicos, consiguiendo SPENCER WELLS, primer ovariectomista de In glaterra convertir la extirpación de los ovarios, mediante laparatomía reglada en operación de rutina. En España, FEDERICO RUBIO Y GALI realizó dicha interven ción en Sevilla el 5 de octubre de 1863, con desgraciado resultado, volviéndo - la a repetir un año más tarde con éxito, y habiéndola realizado ya cuatro veces más hasta 1868. Por tanto, a este autor podemos considerarlo como el primero - que en España llevó a cabo la ovariectomía, al propio tiempo, o quizás antes, que el propio SPENCER WELLS.

52.- Que durante 1872-1873 se discutió mucho en la Acade mia sobre esta nueva técnica encontrando detractores, definiéndola NIETO como operación grave y arriesgada, nuevamente introducida en la terapéutica, poco - usada en España y rechazada durante largo tiempo por autoridades importantes - en la ciencia. En 1883, el académico USTARIZ pronunciaría a este respecto tan graves palabras como las siguientes: "Rechazo la laparatomía por respeto a la

humanidad doliente".

53.- Que GOMEZ TORRES, catedrático de Granada, MANRIQUE DE LARA, CARDENAL de Barcelona, GUTIERREZ, CREUS y el ya mencionado RUBIO, son nombres que se deben recordar en la historia de la ovariectomía y por ende de la laparatomía.

54.- Que demostrada la posibilidad de entrar dentro de esta, los cirujanos se familiarizaron con las restantes visceras abdominales, llegando a considerarla tan inofensiva, que se propone, incluso, para fundamenter un diagnóstico, y que en 1892, RIBERA ya comunicaría catorce casos de laparatomías efectuadas con diversos fines, poniendo de manifiesto al mismo tiempo como mediante las nuevas técnicas había cambiado el terrible pronóstico de las heridas penetrantes del vientre.

Es digno de mención, como uno de los mejores trabajos de la época, el discurso para la recepción del propio RIBERA sobre laparatomía, - donde estableció cuatro grupos de indicaciones para esta técnica, a saber:

- A.- Laparatomías exploradoras
- B.- Laparatomías finales
- C.- Laparatomías accidentales
- D.- Laparatomías preliminares.

55.- Que según MARIANI Y LARRION, fue el hígado el órgano de la cavidad abdominal que más veces llevaba su intervención la cirugía, pues podría aplicarse según ORTEGA Y JIMENEZ en los traumatismos, infecciones, diatesis, tumores, especialmente de la vesícula, cálculos y enfermedades parasitarias, así como la hepatotópsis y algunas enfermedades médicas para las cuales se proponía el tratamiento quirúrgico a distancia o no del hígado.

56.- Que el mismo autor da fe que eran practicadas colestorrafias, colecistectomía, colecistoduodeno o yeyunostomía, y el drenaje de los abscesos hepáticos, y que CERVERA, ESPINA y RIBERA, presentaron casos ante la Academia de extracción de cálculos, e incluso, el último autor llegó a

practicar hepatectomías cuneiformes en caso de neoplasias.

57.- Que al ser los quistes hidatídicos de hígado muy -- frecuentes en nuestro país, era lógico que proporcionara muchos candidatos quirúrgicos, y así ORTEGA en 1902, afirmaba haber presenciado más de cien intervenciones de este tipo, y RIBERA quién en 1894 contaba solamente ocho casos -- operados y en 1903 con treinta y ocho, sostuvo que no había más tratamiento -- que el quirúrgico, y declarándose partidario a su vez de la operación en un -- tiempo.

58.- Que también RIBERA es el autor en quién podemos encontrar la técnica de capitonage y de la adventiciectomía, pues refiere haber seguido estas modalidades técnicas en dos casos respectivos de hidatidosis hepática.

59.- Que escasean los trabajos sobre patología quirúrgica del páncreas, pero que podemos encontrar cosas interesantes como el operado por MARTIN de un quiste pancreático, dos más de RIBERA tratados por marsupialización, siendo muy digno de señalar que este autor, además, había extirpado la cabeza del páncreas y una porción del lóbulo cuadrado del hígado en 1894 a consecuencia de un proceso neoplásico.

60.- Que también RIBERA había publicado su primer caso -- de esplenectomía en la Revista de Medicina y Cirugía práctica, citando después las indicaciones de tal intervención y que, otros casos análogos, dignos de mención, son el de MAS en Valencia, el de MORENO POZO en 1891 en un bazo flotante y algunos por quistes hidatídicos de bazo presentados en 1902 ante la -- Academia por USTARIZ.

61.- Que a pesar de que en la última década del siglo -- XIX eran ya muchos los experimentos para comprobar la viabilidad de la extirpación de trozos de intestino, así como sobre el comportamiento de los distintos procedimientos de suturas intestinales, y cientos de operaciones practicadas -- de enterectomías y enterorrafía, sin embargo, en España no encontramos aún estadísticas de importancia (recuerdese que en la importante estadística operato

ria de RIBERA presentada en 1895 solamente figuran dos operaciones intestinales propiamente dichas), aún cuando sí existía vivo interés por el desarrollo de tal cirugía, prueba de lo cual fueron las innumerables sesiones que la Real -- Academia dedicó a dicho asunto.

62.- Que un académico, el Sr. Martín Gil, en una memoria premiada con accesit por la Academia nos dejó la descripción de las intervenciones efectuadas en aquella época sobre el intestino tales como la punción, la enterostomía, la colostomía, las resecciones, suturas y el ano artificial.

Con motivo de la presentación del trabajo experimental -- del mismo MARTIN GIL, sobre la utilización de discos de marfil descalcificados para las anastomosis y reunión de extremo a extremo del intestino, se oyó en la Academia, en los debates producidos, las opiniones de los más prestigiosos cirujanos tales como GUTIERREZ, MORENO POZO, RIBERA, CORTEJARENA y ALEJANDRO SAN -- MARTIN; el primero de los cuales fue un gran defensor de la sutura intestinal -- que daría muy buenos resultados siempre que se aplique entre secciones sanas de intestino. MORENO POZO por una parte destacaría la excelencia de la sutura intestinal de D. DIEGO DE ARGUMOSA y SAN MARTIN, quién también muy partidario de la sutura intestinal había propuesto un método llamado secuestración intestinal que sortearía los peligros de la resección.

63.- Que el concepto de apendicitis fue tardío, pues hasta finales del siglo XIX estaban incluidos entre las tiflitis y su terapéutica era exclusivamente médica. RIBERA ya en 1894 sistematizó la conducta quirúrgica que debería seguirse ante estos procesos y cuya posición seguiría siendo cada vez más marcadamente intervencionista.

En 1908 fueron frecuentes los debates en la Academia sobre apendicitis y gracias a ellos conocemos la postura de las autoridades académicas de la época tales como las de CODINA, HUERTAS, MARIANI, JIMENEZ, CONDE DE SAN DIEGO, RECASEN, ALONSO SANUDO, CORTEJARENA, RODRIGUEZ ABAYTUA, HERGUETA SAN MARTIN, CORTEZO y ESPINA CAPO, que coincidieron todos en una actitud mucho más intervencionista que la que se había seguido hasta hacía pocos años.

64.- Que la cirugía gastroduodenal no era practicada --

corrientemente incluso bien entrado el siglo XX, como lo puso de manifiesto RI BERA en 1907 ante la Academia, señalando la escasez de publicaciones acerca de este tema, y la falta de estadísticas entre los cirujanos españoles, pues su - casuística de 107 operaciones la calificaba de muy modesta. Sin embargo, el -- mismo autor ya en 1894 aconsejaba la gastrectomía cuando el tumor de estómago era pequeño y no tenía ramificaciones; en 1897 había practicado también una -- gastrectomía casi total.

65.- Que numerosos autores españoles, tales como los tan tas veces mencionados RIBERA, GUTIERREZ, CALVO y SAN MARTIN, presentaron valio sos materiales prácticos y teóricos de clínica y fisiología experimental sobre la úlcera y el cáncer gástrico.

También era conocida la cirugía gástrica ampliada en el cáncer de estómago, no dudando algunos autores en resecar porciones más o menos extensas del páncreas y del hígado, pese a que otros, como CARDENAL, seguían de fendiendo como más adecuada terapéutica para este tipo de neoplasia simplemente la gastro-enterostomía paliativa.

66.- Que las indicaciones que en 1907 sentasen RIBERA, - LOZANO, CARDENAL y MEDINAVEITIA en la cirugía del ulcus gastroduodenal, se man tienen con parecida vigencia en el momento actual, pues este autor considera - dicha enfermedad como eminentemente médica y, solo de un modo accidental, po - dría ser quirúrgica durante el periodo de su evolución.

67.- Que a pesar de que en 1862 llegaba a la Academia, - una memoria de COURTRAI de Bélgica, con el título de la operación cesárea y el sacrificio de la criatura, habrían de pasar treinta años hasta poder encontrar otra comunicación sobre el particular, esta vez por el académico corresponsal GALLARDO, quien dió cuenta a la Corporación de un parto laborioso anormal, en el que no tuvo más remedio que practicar la cesárea, apareciendo a partir de - ese momento, publicaciones similares como la de GUTIERREZ y RECASEN.

68.- Que el problema de la esterilización quirúrgica de la mujer fértil promovió grandes debates ya en aquel tiempo, ante las máximas



figuras de la especialidad, tales como CORTEJARENA, COSPEDAL, CONDE DE SAN DIEGO, FERNANDEZ CHACON, y SANCHEZ RUBIO, no llegándose a un acuerdo unánime en cuanto a la manera de proceder.

69.- En cuanto a la operación princeps de la ginecología la histerectomía, hemos de manifestar que además de los casos publicados por CREUS en 1883, es sin duda alguna GUTIERREZ el que más importantes aplicaciones ha dejado sobre esta técnica y, posteriormente, ya en pleno siglo XX, RECASENS, ISLA y COSPEDAL.

70.- Que solamente después de iniciada la laparatomía, - con motivo de la ovariectomía, y una vez divulgada la primera, es evidentemente cuando se desarrolló la tocoginecología abdominal, apareciendo indicaciones nuevas en este terreno, como por ejemplo la cirugía del embarazo ectópico, de la salpingitis supurada, las peritonitis puerperales, etc.

71.- Que la cirugía torácica en España durante el siglo XX está también representada por intervenciones que van desde las toracocentesis hasta las neumostomías, pasando por las pleurotomías mediastínicas, e incluyendo también algunas actuaciones sobre el esófago y el árbol traqueobronquial.

72.- Que el discurso inaugural de EULOGIO CERVERA ROYO, constituyó una auténtica monografía sobre cirugía torácica, en unos momentos - en que aún la especialidad estaba rudimentariamente representada, incluso en países más adelantados. Este autor defendió la técnica de la pleurotomía con resección costal, al mismo tiempo que señalaba la existencia de espacios complementarios pleurales, responsables del fracaso de algunas pleurotomías.

73.- Que a pesar de que la movilización de la pared torácica para el tratamiento de los empiemas crónicos ha sido achacada a los alemanes, a partir de 1869, con SIMON DE HEILDEBERG, hecho reconocido también por CERVERA, hay constancia en la Real Academia de que D. FEDERICO RUBIO GALI, en la misma década de los sesenta, había efectuado una amplia parietectomía, con lo que había emprendido entonces algo extraordinario y fuera de la ciencia consue-

tituída, lo que más tarde sería operación preferible y electiva.

74.- Que el debate iniciado por ALEJANDRO SAN MARTIN, y donde intervinieron MARIANI, GUTIERREZ, RIBERA, PULIDO, ORTEGA MOREJON, e IGLESIAS, establece las normas terapéuticas que habrían de seguirse para el tratamiento de los empiemas. CERVERA, defendió las neumostomías en un solo tiempo, - despreciando la hasta entonces temida entrada del aire en la cavidad pleural, fijando el pulmón a la pared, mediante sutura.

La resección del pulmón no llegó a ser una práctica corriente entonces, ni lo sería en mucho tiempo, por lo que CERVERA, las proscribe para la tuberculosis y el cáncer, y sí las aceptaba para las hernias pulmonares.

Las manipulaciones más o menos cruentas sobre el árbol traqueobronquial comienzan en la traqueotomía, y terminan en las maniobras endoscópicas para la extracción de los cuerpos extraños.

75.- Que la traqueotomía, ligada intimamente a la difteria (descrita como garrotillo por los médicos españoles VILLAYERDE, SOTO y MERCADO), fue bien conocida en España, y que en 1894, se estableció un interesante debate en el que intervinieron BARBOSA, BENAVENTE, ALONSO, CALVO, CHINCHILLA, SANTUCHO y ASUERO y donde se establecieron las normas precisas para sus indicaciones.

76.- Que tanto las técnicas endoscópicas como el cateterismo laríngeo, técnicas que en nuestros días figuran como corrientes en cirugía torácica, encontraron su origen histórico también en su vinculación a la difteria, y que en cuanto a la extracción de cuerpos extraños la figura de D.

ONIO GARCIA TAPIA habría de tener una inestimable influencia en el campo de la endoscopia e incluso introduciendo su propio modelo de esofagoscopio.

En cuanto a la extracción de cuerpos extraños, tanto -- sofágicos como traqueobronquiales, hemos encontrado numerosas referencias de casos presentados a la Academia tales como los de BOTELLA, ESPINA, RIBERA, DE

CREF, TAPIA y COMPAIRED, e incluso, referencias también de extracción de tumores por vía endoscópica, como el caso del Dr. GUEDEA.

77.- Que el primer caso de esofagotomía registrado en las Actas de la Real Academia, fue el del DR. ISLA, presentado en 1903 por el DR. ESPINA Y CAPO, y que también fueron intentadas a nivel del esófago dilataciones e intubaciones paliativas en las estenosis tumorales.

78.- Que en cuanto a la hidatidosis torácica, fue IGLESIAS, en 1880, quién trató quirúrgicamente, tal vez sin saberlo él mismo, - un tránsito hepatotorácico por incisión torácica de 2,5 cm, pero que fue MARIA NI en 1896, quién trató extensamente el problema de la hidatidosis pulmonar, - pero fue en realidad la introducción de los medios radiológicos lo que puso de manifiesto la alta morbilidad existente en España por esta enfermedad. Tal vez, el primer caso de quiste hidatídico pulmonar intervenido quirúrgicamente lo fue por CERVERA, quién practicó toracotomía con resección de la quinta costilla, y este mismo autor logró reunir un apreciable número de intervenciones similares.

En cuanto a las indicaciones terapéuticas, fue ESPINA, quién estableció el momento más oportuno de la intervención, señalando que los quistes deberían operarse antes que se abriesen en los bronquios o en el aparato digestivo, y destacando al mismo tiempo la inutilidad de la terapéutica medicamentosa en dicha enfermedad.

79.- Que la trepanación ha sido una de las intervenciones quirúrgicas que más han estudiado los cirujanos españoles, y ha sido España una de las naciones en la que más se ha trepanado, siendo este tema uno de los pocos asuntos en los que los autores extranjeros nos citaban en sus publicaciones, pero que en el siglo XIX, y hasta los descubrimientos de LISTER, la mayoría de los cirujanos la rechazaban, y los que la hacían solo admitían indicaciones muy restringidas.

ARGUMOSA creyó censurable el desuso en que había caído la trepanación, y a pesar de existir otros autores que la practicaron como -- CREUS y RIBERA, solo en aquel se encuentra mucho de personal, de tal manera -- que el concepto de craniectomía exploradora a él pertenece.

A pesar de lo dicho, ya en la última década del siglo - XIX, la trepanación estaba admitida en todas sus formas, por lo que empiezan a destacar casos como el de FEDERICO RUBIO Y GALI, presentado ante la Academia, por el que intentaba esclarecer la doctrina de las localizaciones cerebrales, demostrando, según destaca ALEJANDRO SAN MARTIN, la posible relación de la psicología con la cirugía, incluso en casos en que la fisiología no había dado solución aún.

Es digno de mención las indicaciones que de MIGUEL Y VIGURI presentara en la Academia y en su discurso para la recepción pública, al mismo tiempo que actualizaba los estudios sobre fisiopatología cerebral y las teorías más en boga sobre la conmoción, contusión y compresión cerebral y que dentro de las mencionadas indicaciones, destacaban las debidas a la limitación del espacio en el interior del cráneo, esto es, la compresión cerebral; y en - segundo lugar, las consecutivas a la penetración en el cerebro de sustancias - sépticas, es decir, la infección.

Que, además, de las trepanaciones en los traumatismos - cráneo-encefálico también se practicaron estas intervenciones en otras enfermedades tales como la microcefalia, en la epilepsia general y jacksoniana, en la tuberculosis cerebral, en los gomas sífilíticos, sinóstosis, cirugía del dolor e incluso, sola se llegó a aplicar con carácter diagnóstico.

80.- Que si brevemente quisieramos hacer una valoración de la obra quirúrgica estudiada en el periodo 1862-1912 habríamos de manifestar que fue altamente positiva, ya que a pesar de que la cirugía española mantuvo, en general, un matiz tradicionalmente conservador, no por eso nuestros compatriotas dejaron de apuntarse a la práctica de atrevidas intervenciones ejecutadas con sorprendente habilidad, introduciendo incluso numerosos procedimientos originales. Si bien la revolución médico-quirúrgica de la época, surgida con - la inestimable ayuda de la anestesia, asepsia, antisepsia, hemostasia y transfusiones, no tuvieron origen en España, no por eso nuestro cirujanos rechazaron o bueno y lo útil que se había hecho fuera ya que eran perfectamente conocidos es de los movimientos científicos y técnicos más importantes de la época, haciendo de romper, aún con dificultad, con las arraigadas y confusas teorías fi

losóficas reinantes en la medicina. Hemos de destacar también la precocidad en la introducción de la anestesia general en 1846, así como la práctica de la -- ovariectomía efectuada por primera vez en 1863. Por otra parte, si bien es conocido que en la terapéutica de las heridas, la cirugía española con sus tradicionales curas oclusivas tienen un papel bien ganado, por el contrario, no lo es tanto como pionera y perfeccionadora de otras técnicas, tales como la extirpación de la parótida, de la lengua, de las más diversas e ingeniosas autoplastias y amputaciones mayores, ni que en la cirugía más representativa de la época, que fue la de las grandes cavidades, en España se practicaba no solo con -- precocidad la cirugía torácica, sino que en la cirugía craneal, a pesar de lo silenciado en las publicaciones extranjeras, desde siglos habíamos proporcionado las bases para ejecutar las craniectomías, al resto del mundo. Finalmente, tampoco queremos ocultar que las diversas especialidades quirúrgicas, como la tocoginecológica, la urológica, la oftalmológica, y la otorrinolaringológica, así como la cirugía osteo-articular, con su nueva vertiente conservadora, dejó de estar dignamente representada, y que en cuanto a la cirugía oncológica, destacados académicos se apuntaron precozmente a una actitud quirúrgica de radicalidad.

